



**PROJETO DE PÓS-DOCTORADO APRESENTADO À ESCOLA PAULISTA DE
ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

Teresa Maria dos Santos

São Paulo

2023

Teresa Maria dos Santos

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* NA
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL, AUTOCOMPAIXÃO E RESILIÊNCIA DE
ENFERMEIROS LÍDERES: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CRUZADO**

Projeto de pós-doutorado apresentado à
Universidade Federal de São Paulo – Escola
Paulista de Enfermagem.

Supervisor: Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

Linha de pesquisa: Gestão, Gerenciamento e Educação em Enfermagem e Saúde

Grupo de Pesquisa: GEPAG - Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração dos
Serviços de Saúde e e Enfermagem

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Contextualização da temática e delimitação do problema de pesquisa	6
1.2 Enunciado do problema	12
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 <i>Mindfulness</i> , inteligência emocional, autocompaixão e resiliência: aproximações	13
3.2 A relevância dos treinamentos de <i>mindfulness</i> para a inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes	17
4 MÉTODO	22
4.1 Desenho de estudo	22
4.2 Local e período	22
4.3 Definição da amostra	22
4.4 Participantes	23
4.5 Procedimento de coleta de dados	23
4.6 Divulgação e critérios de elegibilidade	24
4.7 Instrumentos	25
4.8 Análise estatística dos dados	30
4.9 Procedimentos éticos	31
4.10 Procedimento de Intervenção	31
5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	34
6. ORÇAMENTO FINANCEIRO	35
7. REFERÊNCIAS	35
Apêndices	42
Anexos	47

RESUMO

Contexto: pesquisas empíricas que avaliaram os efeitos de intervenções baseadas em *mindfulness* sobre a inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de líderes de enfermagem sugerem que essas intervenções contribuem para maior efetividade de liderança, níveis mais elevados de consciência sobre as emoções e sentimentos dos praticantes, e maior habilidade para enfrentar situações adversas e gerenciar conflitos. **Objetivo:** analisar os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes. **Método:** Ensaio clínico randomizado cruzado, com medições pré-teste, pós-teste e follow-up, em amostra randomizada em 2 grupos, A e B, que serão comparados entre si. Serão convidados a participar do estudo líderes de enfermagem com vínculo ativo nos seguintes hospitais gerenciados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): Hospital São Paulo e Ambulatórios, Hospital Geral Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto de Guarulhos, Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quercia, Hospital Geral de Pedreira, e Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran. Os critérios de exclusão serão: indicação de ideação suicida, depressão severa e problemas com abuso de álcool e drogas; prática diária de *mindfulness*; diagnóstico e/ou tratamento para psicose ou esquizofrenia. A coleta de dados ocorrerá por meio do questionário sociodemográfico e clínico, e escalas validadas, autoaplicadas, para cada um dos desfechos: Escala de Inteligência Emocional de Schutte; Escala de Autocompaixão de Neff; Escala de Resiliência de Connor-Davidson 25; Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*; e Questionário de Liderança Autêntica – Versão Rater e Self, medidas em 3 tempos, em ambos os grupos. Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos serão respeitados. A intervenção será realizada de forma virtual, utilizando um programa de Intervenção Baseado em *Mindfulness*, e ocorrerá em oito encontros (um a cada semana), com duração de 1h30min cada um. A análise estatística dos dados utilizará modelos lineares mistos com os fatores Grupo e Momento e controlará a influência dos valores de baseline e a variabilidade individual. Os resultados serão avaliados considerando o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e o tamanho do efeito.

Palavras-chave: Atenção Plena; Inteligência Emocional; Autocompaixão; Resiliência Psicológica; Liderança; Enfermeiros.

ABSTRACT

Context: empirical research that assessed the effects of mindfulness-based interventions on nurse leaders suggests that these interventions contribute to increasing leadership effectiveness, expanding awareness of practitioners' emotions and feelings, and optimizing conflict management in adverse situations. **Objective:** to analyze the effects of a mindfulness-based intervention on nurse leaders' emotional intelligence, self-compassion and resilience. **Method:** a randomized crossover clinical trial. Outcomes will be assessed using the following self-administered validated scales: Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test; Neff's Self-Compassion Scale; Connor-Davidson Resilience Scale-25; Five Facet Mindfulness Questionnaire; and Authentic Leadership Questionnaire – Rater and Self versions, measured at pre-test, post-test and follow-up, statistically analyzed using the GLMM model. The study will include nurse leaders who work at *Hospital São Paulo* and in Basic Health Units, *Hospital Geral Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto de Guarulhos*; *Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quercia*, *Hospital Geral de Pedreira*, and *Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran*, all of them managed by *Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina* (SPDM). The study will exclude those who present signs of suicidal ideation, a score for severe depression, problems with alcohol and drug abuse, diagnosis and/or treatment for psychosis or schizophrenia, and a record of daily mindfulness practice. The results will be evaluated considering the significance level of 5% ($p \leq 0.05$) and effect size.

Keywords: Mindfulness; Emotional Intelligence; Resilience, Psychological; Self-compassion; Leadership; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização da temática e delimitação do problema de pesquisa

Inserida em um amplo quadro ético, conceitual e prático, *mindfulness* tem raízes no budismo e em outras tradições contemplativas, onde a atenção consciente e a percepção são ativamente cultivadas. Na tradição budista, o propósito de cultivar *mindfulness* está relacionado à busca pelo “despertar”, por meio da cessação do sofrimento humano, causado, principalmente, pela ignorância⁽¹⁾.

O termo *mindfulness* é a tradução para inglês do termo “sati”, que em Páli (língua utilizada nos escritos sagrados budistas) significa “lembrar”, referindo-se à atividade de manter a mente consciente de todas as experiências a cada momento, intencionalmente⁽²⁾. Alguns professores budistas da Universidade de Emory usam o termo de maneira mais abrangente do que simplesmente lembrar, pois *mindfulness* implica treinar a percepção de fenômenos encobertos por estados mentais de distorção, monitorar a qualidade da atenção com visão em perspectiva e sustentar o que é aprendido pela prática, para discernir quais conteúdos mentais, escolhas e ações levam à felicidade e quais levam ao sofrimento⁽³⁾.

Ao migrar para o ocidente, *mindfulness* adentrou os contextos clínicos por meio de um protocolo pioneiro, elaborado por Jon Kabat-Zinn, denominado *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). A partir desse protocolo, a técnica foi desvinculada do contexto religioso e passou a ser reconhecida e amplamente estudada no meio acadêmico⁽⁴⁾. Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBMs) incluem uma ampla gama de intervenções que empregam *mindfulness* como um componente central, tomando como base o programa MBSR⁽⁵⁾. Embora estas intervenções não incluam explicitamente os fundamentos clássicos budistas, sua integridade e profundidade devem ser preservadas⁽⁶⁾.

Mindfulness pode ser definida como a consciência que emerge ao focar a atenção no momento presente, propositalmente, sem julgar o desenrolar da experiência a cada momento⁽⁷⁾. Em outras palavras, trata-se de um estado mental de consciência que integra o controle atencional de um objeto escolhido e a forma pela qual as pessoas prestam atenção às suas experiências, ao identificar sensações, emoções e pensamentos com curiosidade, abertura e aceitação. Implica desenvolver uma

qualidade da consciência que permite ao praticante “responder” às situações emocionalmente estressantes em lugar de “reagir automaticamente” a elas⁽⁸⁾.

O conceito de *mindfulness* é aparentemente simples, porém devido ao fato de se constituir como um construto multifacetado, sua caracterização e operacionalização tornam-se difíceis⁽⁹⁾. Pode ser tratado como um estado mental, uma técnica, um programa, um conjunto de técnicas ou um processo psicológico que pode produzir resultados. Os princípios reais que unem todos esses níveis normalmente permanecem não especificados⁽¹⁰⁾.

É fundamental explicitar que nos treinamentos de *mindfulness* são utilizadas práticas analíticas específicas de compaixão e autocompaixão. Voluntários de programas que incluíam treinamentos de “bondade amorosa” e compaixão apresentaram alterações significativas em regiões cerebrais específicas sugerindo que, embora o foco da meditação compassiva não envolva diretamente a regulação dos processos atencionais em um objeto específico, ela impacta significativamente os processos atencionais como um todo⁽¹¹⁾.

A compaixão pode ser definida como uma sensibilidade ao sofrimento em si e nos outros com o compromisso de tentar aliviá-lo e preveni-lo⁽¹²⁾, enquanto a autocompaixão como a qualidade de estar receptivo e aberto em relação ao próprio sofrimento, cultivando sentimentos de cuidado e bondade para consigo mesmo, assumindo uma atitude responsiva e sem julgamento em relação às inadequações e falhas, reconhecendo que a própria experiência faz parte da experiência humana comum⁽¹³⁾.

Um estudo aponta que as dimensões de *mindfulness* esboçadas acima, incluindo a compaixão e autocompaixão podem auxiliar na promoção do cuidado compassivo, bem-estar pessoal, resiliência e inteligência emocional de estudantes de enfermagem. Treinamentos de *mindfulness* estão sendo indicados também para integrar os currículos acadêmicos destes futuros profissionais⁽¹⁴⁾.

Os efeitos da inteligência emocional e de *mindfulness* no esgotamento emocional de enfermeiros têm atraído a atenção de numerosos pesquisadores, pois *mindfulness* não é apenas um estado psicológico que um indivíduo pode alcançar com um treinamento específico, mas também uma habilidade individual de enfrentamento, que

mobiliza forças internas para lidar com emoções negativas. Um estudo realizado com 833 enfermeiros mostrou que *mindfulness* afetou o esgotamento ocupacional desses profissionais, por meio da inteligência emocional, com resultados na redução de erros, garantia da segurança dos pacientes e melhora da qualidade do trabalho em enfermagem de forma geral⁽¹⁵⁾.

A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade de identificar, assimilar, compreender e gerenciar emoções e sentimentos em si mesmo e em outras pessoas, e valer-se destas informações para gerenciar e orientar os próprios pensamentos e ações em um determinado contexto. Neste cenário, as emoções podem influenciar a integração da cognição com a memória, estimulando o pensamento criativo e a tomada de decisão, bem como ampliar a motivação e o redirecionamento da atenção⁽¹⁶⁾.

Outros autores se referem ao construto de inteligência emocional por meio de cinco competências interdependentes que podem ser aprendidas: autoconsciência, automotivação, autocontrole, empatia e sociabilidade. Autoconsciência é a habilidade de perceber, observar, distinguir e nomear as próprias emoções; automotivação é a capacidade de criar metas para si mesmo, persistir e entusiasmar-se com as próprias metas, resistindo aos obstáculos que possam surgir; autocontrole é a aptidão para gerenciar as emoções, ou seja, adiar um impulso momentâneo em benefício de um objetivo futuro; empatia refere-se à habilidade de perceber emoções e sentimentos dos outros, por meio de leitura não-verbal; sociabilidade é a capacidade de iniciar, aprofundar e manter relacionamentos sociais saudáveis e verdadeiros⁽¹⁷⁾. Este conceito oferece mais do que uma estrutura conveniente para descrever as disposições humanas e se adequa bem à nossa pesquisa, pois oferece uma estrutura teórica para a organização da personalidade, e a vincula a uma teoria de ação e desempenho no trabalho⁽¹⁸⁾.

Indivíduos emocionalmente inteligentes apresentam maior resiliência, facilitando assim uma melhor adaptação às mudanças em situações estressantes e a percepção do estresse como um desafio e não como uma ameaça. O treinamento em habilidades de *mindfulness* contribui para dar às emoções a importância necessária em todos os momentos, influenciando os julgamentos que a pessoa faz sobre sua própria vida⁽¹⁹⁾.

A *American Psychological Association* (APA) conceitua resiliência como “um processo de um indivíduo em se adaptar diante das adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de estresse”⁽²⁰⁾. Há uma diferença entre ser “forte” face à adversidade e demonstrar resiliência. Ser “forte” significa simplesmente que alguém pode suportar uma situação difícil e ainda estar de pé quando terminar. A resiliência transforma essa força e a utiliza para o aprendizado de lições de vida durante a adversidade⁽²¹⁾.

As alterações das definições de resiliência mais recentes, direcionadas à pesquisa clínica, emergiram da necessidade de integrar esse conhecimento em todos os níveis e disciplinas, incluindo psicopatologias que lidam com ameaças multissistêmicas. O construto passa a ser apresentado como a capacidade de um sistema dinâmico de se adaptar com sucesso aos desafios que ameaçam a função, a sobrevivência ou o desenvolvimento desse sistema. Em outras palavras, trata-se de um processo de decisão ativa e esforço consciente de indivíduos e comunidades, para avançar de maneira integrada e perspicaz, após lições aprendidas de uma experiência conflituosa⁽²²⁾.

Estudos empíricos sugerem que a resiliência seja, de alguma forma, promovida pela prática de habilidades de *mindfulness* e autocompaixão, por meio da regulação da emoção e da atenção, ao ponto de algumas descobertas considerarem a resiliência psicológica como um mecanismo potencial de *mindfulness*⁽²³⁾. Outros achados mostraram significantes associações entre níveis mais altos de *mindfulness* e resiliência, inclusive no período da pandemia da COVID-19⁽²⁴⁾. Estudantes de enfermagem apresentaram resiliência mais elevada após um programa de *mindfulness*, mostrando que as dimensões de aceitação e da qualidade da atenção, treinadas pelo programa, foram cruciais para esses resultados⁽²⁵⁾.

A crescente implementação de programas de *mindfulness* em ambientes organizacionais se deve, em parte, a um expressivo corpo de trabalhos que mostram os benefícios das IBMs sobre a performance de trabalho e bem-estar dos profissionais⁽²⁶⁾. Contudo, sua aplicação no desenvolvimento da liderança é inovadora e constitui um campo de investigação emergente⁽²⁷⁾, no qual ancora-se o objeto de estudo desta tese.

Neste estudo foi adotada a definição de líder para enfermeiros que integram ações de gerenciamento e tomada de decisão por meio da comunicação e cooperação com a equipe de enfermagem, com outros profissionais da organização e usuários. Trata-se de uma liderança fundamentada no cuidado, acolhimento, vínculo, humanização e integralidade da assistência^(28,29). Essa perspectiva está embasada nos estudos sobre liderança, atentos às constantes transformações do mercado de trabalho mundial, que demandam dos enfermeiros competências de liderança, com impactos substanciais nas relações de trabalho e na assistência⁽³⁰⁾.

Embora as abordagens de pesquisa sobre liderança apresentem muitas diferenças quanto aos fatores específicos estudados, todas reconhecem que liderar envolve interação entre indivíduos, cuja eficácia envolve habilidades de inteligência emocional, resiliência, comunicação, empatia, criatividade e visão. Um líder autoconsciente toma decisões alinhadas com seus valores, ao invés de agir de acordo com padrões de comportamento previamente estabelecidos ou impulsionados por reações emocionais, ignorando suas consequências⁽³¹⁾.

Vários pesquisadores destacam a importância da resiliência para líderes em enfermagem⁽³²⁻³⁴⁾, a escolha de liderar seja frequentemente repleta de adversidades, pesquisas sobre os efeitos de *mindfulness* sobre a resiliência de lideranças em enfermagem ainda são escassas⁽²¹⁾. Qualidades pessoais como autoconfiança, autocontrole, autoconhecimento, reflexão pessoal, determinação, autoconsciência e principalmente a resiliência são elementos da base de uma liderança eficaz⁽³⁵⁾.

Líderes emocionalmente inteligentes examinam suas emoções para desenvolver qualidades que nutrem, constroem e promovem relacionamentos abertos e de confiança. Competências de inteligência emocional são características que podem ser adquiridas por meio da motivação, feedback e autoconhecimento, como os treinamentos de *mindfulness* propõem⁽³⁶⁾. Esses achados apontam o reconhecimento progressivo da literatura sobre a importância dos treinamentos de *mindfulness* para ampliar a inteligência emocional entre as lideranças em enfermagem.

Líderes de enfermagem com altos níveis de resiliência e inteligência emocional apresentam maiores recursos para lidar com condições adversas, mantendo um senso de propósito, equilíbrio e bem-estar⁽³⁷⁾. A literatura sugere que pesquisas

futuras poderiam examinar a relação entre inteligência emocional e *mindfulness* em profissionais que exigem diferentes níveis de trabalho emocional⁽³⁸⁾.

O objetivo deste estudo é analisar os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes. Ele tem como propósito se estabelecer como o estudo principal, posterior ao estudo-piloto realizado e aceito para publicação na Revista Latino Americana de Enfermagem (RLAE). Num estudo desta complexidade contou com a contribuição do estudo-piloto, uma forte ferramenta para identificar potenciais refinamentos quanto ao método, aceitabilidade e impacto da intervenção na amostra selecionada^(39,40).

1.2. Enunciado do problema

Autores apresentam diversos efeitos positivos das IBMs entre estudantes e profissionais de enfermagem, em relação à redução do estresse, depressão, ansiedade e burnout⁽⁴¹⁻⁴⁶⁾ e aumento do bem-estar e satisfação com a vida^(47,48).

A despeito da valia dessas evidências, ainda são escassas as pesquisas que exploram os efeitos dessas intervenções associadas aos construtos de inteligência emocional e resiliência para enfermeiros líderes. A integração de *mindfulness* no contexto da liderança oferece um suporte ao gestor para administrar com mais consciência, autorreflexão e reconhecimento das múltiplas perspectivas e complexidades do sistema⁽⁴⁹⁾, além de representar uma estratégia de autocuidado, especialmente diante de situações de estresse e sofrimento.

Frente a essas lacunas do conhecimento, o questionamento central ou problema de pesquisa deste estudo foi: A intervenção baseada em *mindfulness* utilizada neste estudo produz algum efeito sobre a inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Analisar os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar se a intervenção produziu algum efeito sobre as habilidades de inteligência emocional, a autocompaixão, a resiliência, as facetas de *mindfulness* e a liderança e dos participantes, enquanto desfecho primário.
- Identificar se estes resultados se mantiveram após um período de quatro meses após a finalização da intervenção;
- Comparar os níveis de inteligência emocional, autocompaixão, resiliência, *mindfulness* e liderança entre os dois grupos (grupo A e grupo B), em todos os momentos do estudo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. *Mindfulness*, inteligência emocional, autocompaixão e resiliência: aproximações

Mindfulness pode ser caracterizado como um estado mental de consciência, que envolve dois componentes básicos: a autorregulação intencional da atenção em relação às sensações corporais, sentimentos, pensamentos; e a sustentação da atenção nas experiências, momento a momento, com uma atitude de abertura, curiosidade e aceitação. Essa definição operacional distingue *mindfulness* de outras formas de atenção auto focadas, como preocupação ansiosa ou ruminação⁽⁵⁰⁾.

Nos estados de vigília do dia-a-dia, a consciência e a atenção estão interligadas, mas em *mindfulness* atenção e consciência têm conotações diferentes. A consciência se refere ao discernimento na forma de perceber e monitorar os estímulos que surgem durante as práticas de *mindfulness*, estímulos esses que incluem os cinco sentidos físicos, os sentidos cinestésicos e as atividades da mente. Quando um foco é selecionado, a atenção é atraída para ele, mas constantemente, especialmente para iniciantes, esse foco é perdido facilmente. A consciência é a experiência subjetiva de perceber o fluxo contínuo da atenção, momento a momento, e retornar ao objeto de foco escolhido, quantas vezes forem necessárias. O treinamento contínuo desse estado de atenção estimula o *insight*, ou seja, uma “visão clara” não apenas da experiência em si, mas da própria natureza da consciência⁽⁵¹⁾.

Estudiosos de *mindfulness* apontam que, nos estágios iniciais do treinamento, é desenvolvida a atenção focada, enquanto os estágios posteriores se concentram no modo de monitoramento aberto⁽⁵²⁾.

A atenção focada requer a concentração num objeto escolhido, como por exemplo a respiração. Manter essa atenção sustentada implica o desenvolvimento de três habilidades reguladoras da atenção que são: (1) monitorar a atenção nesse campo estreito escolhido, vigilante às distrações que possam ocorrer; (2) se desprender ou “deixar ir” as distrações e (3) voltar a redirecionar a atenção ao foco quantas vezes forem necessárias. No início da prática de atenção focada o praticante costuma se “esforçar” para manter a atenção, no entanto *mindfulness* não é “esforço”, nem tão pouco relaxamento distrativo. Uma analogia que pode elucidar o treino é comparar a atenção como a corda de um violino: se apertar demais (“esforço”) para manter o foco, ela pode arrebentar, e o praticante pode se cansar e se frustrar rapidamente; se afrouxar demais a corda (“relaxar”), ela não vai produzir som algum, e o praticante pode inclusive entrar num estado de torpor⁽⁵³⁾.

O monitoramento aberto é a prática de monitorar o que quer que ocorra na experiência, de maneira não reativa, momento a momento, cedendo espaço para o cultivo de uma consciência mais reflexiva, sem nenhuma distinção entre seleção e demarcação. Um dos objetivos dessa forma de monitorar a atenção é tornar a consciência menos emocionalmente reativa e menos propensa ao sofrimento mental⁽⁵³⁾.

Os conceitos de *mindfulness* e de inteligência emocional, expostos na introdução deste estudo, são claramente descritos em termos dos processos reguladores das emoções^(7,16). Com base nessas proposições, as relações entre *mindfulness*, inteligência emocional e regulação emocional ocorrem por meio de três mecanismos: (1) na perspectiva de *mindfulness*, o processo de regulação emocional é essencialmente influenciado pela autorregulação da atenção nas emoções, sentimentos e pensamentos das experiências presentes, e pela minimização de julgamentos de valor em relação à experiência que se apresenta em cada momento; na visão da inteligência emocional, esse processo se alicerça na capacidade de perceber as próprias emoções, cognitivamente; (2) a aquisição das competências cognitivo-emocionais ocorrem em ambos os modelos, como sustentabilidade da

atenção e da consciência, na prática de *mindfulness*, e habilidade de perceber e compreender as emoções, sob a égide da inteligência emocional. A diferença entre ambos é que, em *mindfulness* as implicações atuam sobre o ajustamento adaptativo ou resiliente às situações de estresse, e no que diz respeito à inteligência emocional, as competências são aprendidas cognitivamente; (3) nas duas vertentes, os efeitos das emoções positivas na saúde, bem-estar e autoconhecimento dos indivíduos emergem como uma força vital no aumento da resiliência dos praticantes^(50,54).

Uma quantidade considerável de pesquisas sobre regulação emocional emergiu em paralelo com os estudos de inteligência emocional. A regulação emocional pode ser definida como um conjunto de processos pelos quais as pessoas procuram direcionar o fluxo espontâneo de suas emoções. Entre esses processos, um dos mais influentes inclui a interface da cognição com a emoção⁽⁵⁵⁾. A título de exemplo, na prática de *mindfulness*, durante os milissegundos ou segundos seguintes à ocorrência de uma situação potencialmente emotiva, há alguns pontos no tempo em que os indivíduos podem intervir para modificar sua trajetória emocional. Em outras palavras, se a trajetória da emoção não foi alterada ou se a emoção foi mal regulada, imediatamente ao acontecido, ainda é possível regulá-la mais tarde⁽⁵⁶⁾.

Outra habilidade incluída nos treinamentos de *mindfulness* é a metacognição. Segundo alguns estudiosos do assunto, o termo se refere ao praticante construir um espaço mental em relação às experiências que estão sendo observadas, monitorar e controlar os processos mentais, sem se identificar com eles; uma qualidade fundamental para a avaliação cognitiva de informações relevantes na regulação das emoções e para o treinamento de inteligência emocional⁽¹⁶⁾. Metacognição mais elevada está associada a um estado de alerta mais apurado e maior facilidade no monitoramento de conflitos. Achados consistentes mostram que a prática de *mindfulness* é capaz de promover mudanças na estrutura e função do cérebro, em regiões associadas à metacognição, consciência corporal, autorregulação, regulação emocional, atenção e memória⁽⁵⁷⁾.

Outros achados abordam a metacognição como processos que planejam e monitoram as atividades cognitivas, mas não como um recurso desenvolvido pela prática de *mindfulness*. A título de exemplo, após ler um texto, é possível que o leitor questione as ideias do mesmo a fim de compreendê-lo cognitivamente. Após essa

compreensão, o mesmo pode decidir ler ou não o texto. No entanto, em *mindfulness* a forma de observar os processos cognitivos é perceptiva, opera sob a égide da percepção e não da cognição. Envolve “sentir” e não “pensar” sobre sensações, sentimentos e pensamentos, diferindo da metacognição neste quesito⁽⁵¹⁾.

Estudiosos elaboraram um programa que fundia *mindfulness* com inteligência emocional para investigar como estudantes universitários regulavam suas emoções. Os autores optaram por essa fusão devido à conclusão de que o treinamento de inteligência emocional, por si só, tornava os participantes hábeis em administrar a emoção intelectualmente, mas não a lidar com as situações emocionais na vida real, com sucesso. Os resultados pontuaram diferenças significativas moderadas nas dimensões de extroversão, *burnout*, engajamento, reorientação no planejamento, reavaliação positiva, colocação em perspectiva e empatia⁽⁵⁸⁾.

A regulação emocional está diretamente relacionada ao aumento da resiliência e da autocompaixão, bem como à diminuição do esgotamento emocional e superidentificação em enfermeiros que finalizam treinamentos de *mindfulness*⁽⁵⁹⁾.

Em relação à autocompaixão, recentes estudos sugerem que as intervenções de *mindfulness* são conhecidas por aumentar a autocompaixão de estudantes de doutorado, líderes empresariais e assistentes sociais, com destaque para os domínios de auto-observação, sobre-identificação, auto-bondade e atenção plena⁽⁶⁰⁻⁶²⁾.

Quanto à resiliência, enfermeiros chineses que participaram de uma IBM experimentaram melhorias estatisticamente significantes no estresse e na resiliência, ao final do programa, sustentada por 3 meses de seguimento, sugerindo que *mindfulness* pode afetar gradualmente outras habilidades de enfrentamento por meio do aumento da regulação emocional durante eventos estressantes⁽⁶³⁾.

Mindfulness ajuda os enfermeiros a lidarem com o estresse de maneira mais saudável e resiliente, pois a prática permite observar os pensamentos negativos relacionados a algum evento emocionalmente estressante com aceitação, ou seja, sem reagir “automaticamente” a eles⁽⁶³⁾. Uma revisão da literatura que analisou vários programas de treinamento de resiliência concluiu que, principalmente aqueles baseados em *mindfulness* ou em habilidades cognitivas e comportamentais, podem ser capazes de aumentar a resiliência⁽⁶⁴⁾.

As descobertas neurocientíficas relacionadas às mudanças no processamento autorreferencial, em decorrência da prática de *mindfulness*, apontam para uma transformação de um “eu imutável” para um “eu observável”. Quando o praticante aprende a não evitar ou negar experiências desagradáveis, nem se apegar às aquelas prazerosas, toma consciência de que todas as experiências são transitórias e passam. Uma sensação de bem-estar pode surgir no indivíduo, possivelmente pela reestruturação de conexões anteriores e liberação das reações emocionais habituais⁽⁶⁵⁾.

Outra faceta desenvolvida por *mindfulness* é a “não identificação” com a experiência do momento, que se refere à capacidade de observar ou perceber as próprias emoções e pensamentos sem se deixar absorver por eles. Em outras palavras, trata-se de uma flexibilidade, uma aceitação aberta de cada experiência como ela é, sem desejar que ela seja diferente e sem querer alterá-la. Em termos gerais, a aceitação gera uma mudança de perspectiva, do “eu como conteúdo” para o “eu como contexto”. Essa mudança resulta em desapego, clareza e percepções mais precisas; facilita o autogerenciamento, a clareza em relação aos valores e mais flexibilidade cognitiva, emocional e comportamental⁽⁶⁶⁾.

3.2. A relevância dos treinamentos de mindfulness para a inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes

Enfermeiros líderes que integram competências de inteligência emocional são propensas a criar um clima de trabalho favorável, caracterizado por resiliência, inovação e mudança, pois têm maior habilidade de lidar com seus sentimentos, refletindo, avaliando e melhorando continuamente as competências de liderança e supervisão. Os setores de enfermagem que contam com lideranças mais conscientes produzem bons resultados à equipe e, conseqüentemente, à qualidade do atendimento e segurança dos pacientes. Tais gestores são capazes de construir um trabalho voltado ao bem comum, pois se comportam de maneira mais autêntica e solidária, inspiram sentimentos de liberdade e responsabilidade a todo o grupo⁽⁶⁷⁾.

Os líderes de enfermagem desempenham um papel fundamental na maximização da retenção de pessoal, no bem-estar dos subordinados, na influência da produtividade e na eficácia das organizações de saúde⁽⁶⁸⁾. para cultivar um ambiente

de trabalho saudável, aumentando a sensação de empoderamento da equipe de enfermagem e diminuindo o esgotamento emocional⁽⁶⁹⁾. Por outro lado, um líder emocionalmente esgotado pode experimentar habilidades de tomada de decisão diminuídas, com consequências na rotatividade dos profissionais, aumento do absenteísmo por sintomas de burnout e outros problemas de saúde, com grande impacto para toda a organização⁽⁷⁰⁾.

No mundo globalizado, muitos líderes se sentem angustiados, frustrados, vulneráveis, sobrecarregados e despreparados para exercer seu poder e influência. A tendência das organizações que atuam com base no desenvolvimento sustentável de indivíduos, comunidades e nações, é priorizar lideranças capazes de enfrentar desafios em contextos de crescente volatilidade, incerteza, complexidade e ambiguidade. A boa notícia é que algumas crises podem ser motivadoras para a construção de reflexões e busca de novos recursos e aprendizados, especialmente em relação ao gerenciamento das emoções relacionadas ao bem-estar, resiliência, empatia e compaixão no local de trabalho⁽⁷¹⁾.

Em meio a situações de trabalho com altos níveis de tensão, autores afirmam que a autoconsciência e a autorreflexão são estratégias de enfrentamento importantes para líderes de enfermagem cultivarem um ambiente de trabalho seguro, solidário e resiliente para os enfermeiros⁽⁷²⁻⁷³⁾.

O autocuidado e a compaixão também são poderosas estratégias de suporte que podem auxiliar os líderes a melhorar a qualidade do atendimento e liderarem com empatia e prudência, nestas situações⁽³³⁾.

Um líder que pratica mindfulness por muito tempo pode direcionar a abertura de si mesmo para os outros. O líder pode liderar com compaixão e cuidado e também entender bem seus membros. Essa compaixão se mostra pela capacidade de ouvir sem julgar, não culpar e não discriminar seus pares. *Mindfulness* ajuda os líderes a terem habilidades em consciência, amor, simpatia, autocuidado, cuidado com os outros e cuidado com a natureza. Eles demonstram também alta motivação em prestar serviço aos outros e encontram paz em si mesmos praticando mindfulness e também nutrindo compaixão, compreensão e paz⁽⁷⁴⁾.

Gerenciar emoções pessoais é um aspecto importante do comportamento de cuidar. Líderes emocionalmente inteligentes examinam suas emoções para desenvolver qualidades que nutrem, constroem e promovem relacionamentos abertos e de confiança. Competências de inteligência emocional são características que podem ser adquiridas por meio da motivação, feedback e autoconhecimento, como os treinamentos de *mindfulness* propõem⁽³⁶⁾.

Líderes resilientes apresentam padrões de enfrentamento eficazes na resolução de problemas em situações adversas e gerenciam suas emoções com inteligência, influenciando o bem-estar e a criatividade de toda a equipe⁽⁷⁵⁾. Enfermeiros líderes desempenham um papel fundamental na busca de maneiras de manter uma força de trabalho de enfermagem resiliente e melhorar a performance da equipe. Para tanto é vital que estes encarregados reconheçam e saibam como a resiliência pode ser cultivada e aplicada à equipe de enfermagem, e uma das estratégias para o alcance desses objetivos é a prática de *mindfulness*⁽⁷⁶⁾.

Enfermeiros enfrentam inúmeros desafios em seu trabalho diário, muitas vezes sem o benefício de treinamentos formais. Uma pesquisa mostrou que as áreas prioritárias determinadas pelos enfermeiros integrantes de alguns programas de desenvolvimento profissional foram a resiliência, o pensamento crítico e a tomada de decisão, bem como habilidades em liderança e gerenciamento⁽³²⁾.

O bem-estar dos gestores tem grande potencial de influenciar o bem-estar de toda a equipe, no entanto esta relação é precariamente estudada, dado que a maioria das intervenções que avalia o bem-estar relacionado ao trabalho entre esses profissionais focam em habilidades cognitivas e comportamentais dos envolvidos, principalmente por meio das dimensões *burnout* e do gerenciamento do estresse⁽⁶⁸⁾. O interesse em examinar a associação entre inteligência emocional e prática de *mindfulness* sugere que estudos empíricos investiguem a análise dos efeitos desses construtos, especialmente no bem-estar pessoal e na redução do sofrimento emocional, nas áreas de saúde, educação e psicologia⁽⁵⁴⁾.

Ao examinar a influência de *mindfulness* no efeito “*top-bottom*” interpessoal entre líderes e enfermeiros, autores sugeriram que líderes praticantes de *mindfulness* tem mais disposição para se conectar com os sentimentos dos profissionais de sua equipe,

o que faz com que os mesmos se sintam cuidados e protegidos por seus líderes⁽⁷⁷⁾; mantém um compromisso com a comunicação e interação de alta qualidade com os enfermeiros, bem como respondem às demandas da equipe de forma mais paciente, gentil e inteligente⁽⁷⁸⁾; se empenham em estabelecer um alto nível de interação social com seus pares⁽⁷⁹⁾, e podem exercer um estilo de liderança orientado para as necessidades socioemocionais dos outros membros do grupo, além de adicionar maior sensibilidade à essas interações⁽⁸⁰⁾.

Uma das características do líder que integra habilidades de *mindfulness* é transmitir informações emocionais sobre como a equipe pode se recuperar das consequências negativas do estresse de uma forma mais positiva, e melhorar seu julgamento de valor e autoestima. A experiência de estresse não advém apenas do próprio estresse, mas também da avaliação negativa dos indivíduos que passam por situações estressantes e, principalmente, a ruminação após a vivência nestas situações⁽⁷⁷⁾.

Transmissão de informações emocionais se refere à capacidade de uma pessoa detectar e reproduzir as emoções de outra pessoa, consciente ou inconscientemente, por meio de suas ações. Isso ocorre por intermédio dos neurônios-espelho. Coletivamente, estes neurônios criam um senso instantâneo de experiência compartilhada. Os neurônios-espelho têm uma importância particular nas organizações, porque as emoções e ações dos líderes levam os seguidores a refletir estes sentimentos e as ações subsequentes a elas. O que mostra que líderes podem refletir as emoções de seus seguidores⁽⁸¹⁾.

As atitudes de enfermeiros líderes com treinamento de *mindfulness* tendem a ser baseadas em uma resposta escolhida, informada por valores e sentimentos mais adequados ao contexto. Isto porque o espaço mental que é construído pelos praticantes é capaz de alterar a conexão estímulo-resposta, a partir da qual é possível “agir” ao invés de “reagir”. Esses comportamentos agregam mais eficácia à liderança, pois permite visões mais nítidas da situação, sem distorções e com maior consciência da realidade. Essa clareza e cognição aprimorada permitem que os líderes acessem seus próprios conhecimentos e habilidades, melhorando a resolução de problemas e a tomada de decisão⁽³¹⁾.

Outras duas características adquiridas por praticantes de *mindfulness*, que podem influenciar os gestores e suas equipes, são a visão em perspectiva e a preocupação empática. Praticantes de *mindfulness* são hábeis em dissociar conscientemente suas emoções da realidade, e construir uma visão em perspectiva, combinada com uma atitude respeitosa em relação aos pontos de vista e ideias dos outros. A preocupação empática se refere à motivação para sentir as emoções pelos outros^(80,82).

Compaixão e empatia são os pilares da prática do cuidado humanizado, já que estão relacionadas aos sentimentos e percepção dos enfermeiros a partir da perspectiva dos pacientes, que muitas vezes ajuda os pacientes no manejo de diferentes tipos de sofrimento e dor⁽⁸³⁾. Embora esses sentimentos sejam de grande valia nas relações entre profissionais e pacientes, compartilhar emoções de sofrimento por muito tempo, ou com um grande número de pessoas, pode constituir uma fonte de esgotamento para esses profissionais⁽⁸⁴⁾.

Alguns autores definem empatia como uma reação cognitiva em relação às emoções de outras pessoas e, em determinadas situações, pode funcionar como um pré-requisito para a fadiga de compaixão. A fadiga de compaixão se refere a um estado de exaustão e disfunção devido à exposição prolongada a um estresse emocional e tudo o que ele evoca^(85,86).

Neste estudo, semelhante à literatura internacional, denominaremos fadiga de compaixão para esta condição que pode ser encontrada com frequência na equipe de enfermagem, e representa um impacto importante na saúde física e mental desses profissionais, pois afeta a segurança do paciente e a qualidade dos serviços⁽⁸⁷⁾.

Uma metanálise sobre o tema apontou que as IBMs produzem efeitos significativamente relevantes para reduzir a fadiga de compaixão entre enfermeiros. Além de diminuir significativamente a fadiga de compaixão e o esgotamento dos enfermeiros, um treinamento online de *mindfulness*, realizado durante a pandemia da COVID-19, mostrou efetividade na manutenção desses resultados em até 3 meses após a finalização da prática⁽⁸⁸⁾.

Diante deste contexto, é possível observar que enfermeiros líderes podem utilizar os treinamentos de *mindfulness* como um modelo estratégico importante para mitigar o esgotamento emocional e otimizar a prática do cuidado, incentivando o cultivo da

resiliência, da autocompaixão e da inteligência emocional para enfrentar situações de crise e lidar com o sofrimento e a morte^(88,89). Líderes de enfermagem que cultivam a prática de mindfulness valorizam a dignidade e o valor, não apenas do “paciente”, mas do ser humano, com suas necessidades particulares e sua própria interpretação de qualidade de vida. Escolhem ampliar o espectro de uma profissão dominada prioritariamente por abordagens instrumentais ou técnicas, para abrir espaço para a reflexão contínua entre os profissionais da equipe, fundamentada na cultura ética do cuidado⁽⁹⁰⁾.

4. MÉTODO

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado e cruzado (*crossover*), com medição pré-teste, pós-teste e seguimento (*follow-up*), em uma amostra dividida em dois grupos: grupo A, e grupo B.

4.2. Local e período

O local do estudo será a Escola Paulista de Enfermagem (EPE) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), instituição proponente.

As instituições participantes serão os seguintes hospitais gerenciados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): Hospital São Paulo e Ambulatórios, Hospital Geral Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto de Guarulhos, Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quercia, Hospital Geral de Pedreira, e Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

A divulgação, recrutamento e coleta de dados acontecerão de forma virtual, e só serão iniciados após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIFESP e da SPDM por meio da Plataforma Brasil.

O período previsto para a divulgação, recrutamento e seleção dos candidatos é entre **fevereiro a abril de 2025**. A intervenção está prevista para acontecer de forma virtual, numa plataforma on-line, (Zoom ou Google Meet), no período entre **maio a outubro de 2025**, sem nenhum custo para os participantes.

4.3. Definição da amostra

Na primeira etapa, anterior a este estudo, foi realizado um estudo-piloto no qual foi analisada uma amostra de 32 participantes. O estudo-piloto foi aceito para publicação pela RLAE e defendido como tese de doutorado. Nesta segunda etapa será realizado o estudo principal, proposto como pesquisa de pós-doutorado.

Para esta pesquisa foi realizado um cálculo do número amostral, que utilizou o software GLIMMPSE, versão 3. Os cálculos foram feitos considerando o objetivo de comparar os grupos A e B em relação às pontuações totais dos instrumentos de medida dos desfechos. Os erros tipo I e II foram fixados em 5% e 20%, respectivamente.

Para a investigação do efeito da intervenção na pontuação desses instrumentos, considerou-se o uso de um modelo linear misto com teste de Hotelling-Lawley, três medidas repetidas (Pré, Pós e Follow-Up) e dois grupos (A e B). Os resultados demonstram que uma amostra composta por 124 indivíduos é capaz de responder aos objetivos principais deste estudo com um controle do erro tipo II de 20%, com poder estatístico de 80%.

4.4. Participantes

Serão convidados a participar da pesquisa enfermeiros em atividade nos seguintes hospitais gerenciados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): Hospital São Paulo e Ambulatórios, Hospital Geral Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto de Guarulhos, Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quercia, Hospital Geral de Pedreira, e Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran. de grande porte, todos localizados no estado de São Paulo – Brasil. Todos esses profissionais atuam como gestores de equipes compostas por técnicos e auxiliares de enfermagem.

4.5. Procedimento de coleta de dados

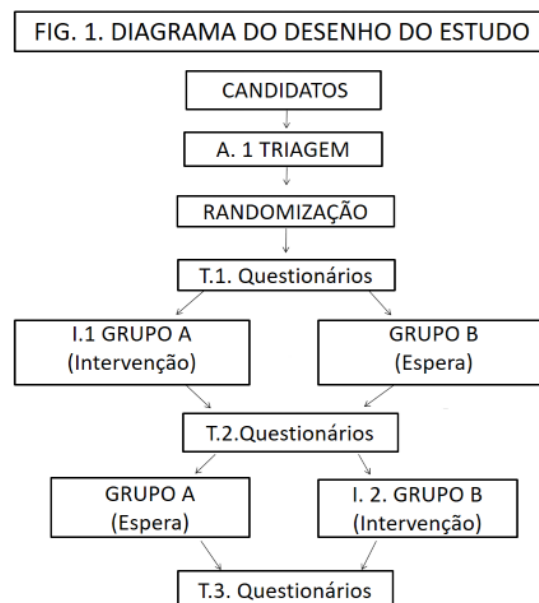
Os candidatos submeter-se-ão à avaliação inicial (A1) para selecionar aqueles que preencherão os critérios de inclusão e não apresentarem nenhum critério de exclusão. Os sujeitos que tiverem passado pelos critérios de inclusão e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2) serão submetidos ao momento T1 de avaliação, em que ambos os grupos (A e B) serão submetidos à aplicação dos questionários das variáveis de desfecho, para verificação dos níveis de

inteligência emocional, autocompaixão, resiliência, *mindfulness* e liderança. Após ter respondido os questionários, os participantes serão sorteados (randomizados) e remanejados para os grupos A e B.

Após o momento de avaliação T1, o grupo A participará da Intervenção Baseada em *Mindfulness* (I1), e o grupo B não realizará nenhuma intervenção durante esse período. Após o grupo A ter finalizado a intervenção, os dois grupos serão novamente avaliados (momento de avaliação T2 - pós-teste). A fim de respeitar o período de wash-out, um mês após finalizada a intervenção no grupo A, o grupo B passará a receber a mesma intervenção oferecida ao grupo A (I2 – *crossover*). Nesse período, o grupo A não receberá nenhum procedimento de intervenção. Ao ser finalizada a intervenção no grupo B, os dois grupos serão novamente avaliados (momento de avaliação T3), para verificar a efetividade da intervenção no grupo B e a manutenção da intervenção realizada anteriormente, com o grupo A (*follow-up*). Nos momentos das avaliações T2 e T3, os dois grupos responderão novamente os questionários das variáveis de desfecho.

O diagrama do desenho do estudo está apresentado abaixo, na Figura 1.

Figura 1: Diagrama do Desenho do Estudo



4.6. Divulgação e critérios de elegibilidade

A divulgação ocorrerá por meio de palestras, meios eletrônicos e da mídia da Assessoria de Imprensa da UNIFESP.

Os candidatos se submeterão à avaliação inicial (A1) para selecionar os critérios de inclusão e exclusão, por meio do Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) (Apêndice I), o **Questionário sobre a Saúde do Paciente - 9 (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9)⁽⁹¹⁾** (Anexo 1) e Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST)⁽⁹²⁾ (Anexo 2).

Critérios de inclusão

- Ser enfermeiro e profissional com vínculo ativo nos seguintes hospitais gerenciados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): Hospital São Paulo e Ambulatórios, Hospital Geral Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto de Guarulhos, Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quercia, Hospital Geral de Pedreira, e Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran;
- Estar na faixa etária maior ou igual a 18 anos.

Critérios de exclusão

- Ser praticante diário de qualquer tipo de prática que utilize *mindfulness* (como por exemplo: *Yoga*, *Tai Chi Chuan*, *Chi Kung*, entre outros), apontado pelo QSDC;
- Participantes com diagnóstico e/ou tratamento para psicose ou esquizofrenia, apontados pelo QSDC;
- **Participantes que apresentarem ideação suicida ou depressão grave, pontuadas pelo PHQ-9 (20 pontos ou mais para corte);**
- Participantes que tenham problemas com abuso de álcool e drogas, verificadas pelo questionário ASSIST (26 pontos ou mais para corte).

Os candidatos excluídos por ideação suicida, depressão grave, e/ou abuso de álcool e outras drogas, serão encaminhados para a rede de assistência ofertada pelos seus contratantes ou pela rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.7. Instrumentos

Os instrumentos utilizados serão: o QSDC, o PHQ-9, o ASSIST, o Teste de Auto-relato de Inteligência Emocional de Schutte (Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test - SSEIT)⁽⁹³⁾ (Anexo 3), a Escala de Autocompaixão (Self-Compassion Scale - SCS)^(94,95) (Anexo 4) a Escala de Resiliência de Connor-Davidson 25 (Connor-Davidson Resilience Scale 25 - CD-RISC 25)⁽⁹⁶⁾ (Anexo 5), o Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (*Five Facet Mindfulness Questionnaire* – FFMQ)⁽⁹⁷⁾ (Anexo 6), e o Questionário de Liderança Ressonante⁽⁹⁸⁾ (Anexo 7), em todos os usuários selecionados para participar da pesquisa.

O Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias - QSDC é um roteiro formulado pelos pesquisadores para coletar os dados de de caracterização dos candidatos como: nome, e-mail, endereço, telefone, data de nascimento, identidade de gênero, identidade étnica, situação conjugal, crença e/ou religião, área de graduação, escolaridade, tempo na liderança, participação diária em prática de *mindfulness*; bem como se os participantes serão diagnosticados com psicose e/ou esquizofrenia

O Questionário sobre a Saúde do Paciente (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9), validado para o Brasil⁽⁹⁹⁾, reúne nove itens, dispostos em uma escala likert de quatro pontos, sendo 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), que avaliam a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. A classificação se caracteriza por ausência de sintomas (0- 9), classificação leve (10-14), intensidade moderada (15-19) e depressão severa (20-27). O questionário possui alfa de Cronbach de 0,89, é autoaplicado, composto por nove questões, cada um deles abrangendo um dos sintomas de depressão de acordo com os critérios do DSM-IV. Ele mede a ocorrência e o grau de depressão a partir da autopercepção de frequência dos sintomas depressivos, por escalas likert que variam entre 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). O resultado até nove pontos indicava triagem negativa, com triagem positiva para depressão a partir disso, sendo classificação leve (10-14), moderada (15 e 19) e depressão severa (20-27)⁽¹⁰¹⁾.

O ASSIST, validado no Brasil⁽¹⁰²⁾, é um instrumento que permite avaliar o risco de consumo de diferentes substâncias psicoativas e pode ser autoaplicado. É composto por oito questões que avaliam o uso sem prescrição médica de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos,

inalantes, alucinógenos e opiáceos). Os códigos de resposta utilizam uma escala Likert, com pontuações que variam de 0 a 4. Para o cálculo das pontuações do ASSIST será considerada a pontuação de cada classe de substâncias, somando-se os escores correspondentes às questões 2 a 7, que dizem respeito à frequência dos eventos investigados nos últimos três meses. Pacientes com pontuação igual ou inferior a 3 (10 para álcool) são classificados como de baixo risco, aqueles com pontuação de 4 (11 para álcool) a 26 são classificados como risco moderado, e aqueles com pontuação acima de 27 apresentam alto risco de dependência da substância investigada⁽¹⁰³⁾.

Inteligência Emocional

Para a avaliar a inteligência emocional, será utilizado o teste SSEIT, validado no Brasil⁽¹⁰⁴⁾, é um questionário autoaplicado de 33 questões, divididas em quatro domínios: Percepção de Emoções (PE – 10), Manejo das Próprias Emoções (MPE – 9), Manejo das Emoções de Outros (MEO – 8) e Utilização das Emoções (UE – 6). As perguntas utilizam uma escala de Likert com cinco opções de resposta: (1) discordo totalmente, (2) discordo parcialmente, (3) nem discordo, nem concordo, (4) concordo parcialmente e (5) concordo totalmente. Para o cálculo do escore final, devem--se inverter os valores das respostas das questões 5, 28 e 33, e somar os valores das questões. Pode-se calcular também o escore individual para quatro domínios relacionados à inteligência emocional: Percepção de Emoção (perguntas 5, 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29, 32, 33), Gerenciamento de Emoções Próprias (itens 2, 3, 10, 12, 14, 21, 23, 28, 31), Gerenciamento das Emoções dos Outros (itens 1, 4, 11, 13, 16, 24, 26, 30) e Utilização das Emoções (itens 6, 7, 8, 17, 20, 27). O escore total varia de 33 a 165. As pontuações mais altas indicam nível de inteligência emocional mais elevado. No que concerne à validação da escala a consistência interna apresenta alfa de Cronbach de 0,87 e confiabilidade teste-reteste de 0,78⁽¹⁰⁵⁾.

Autocompaixão

A SCS, validada no Brasil⁽¹⁰⁶⁾ consiste em 26 itens divididos em seis subescalas: Autobondade, Autojulgamento, Humanidade Comum, Isolamento, *Mindfulness* e Sobre-identificação. O instrumento mede o sentimento de autocompaixão por meio de fatores positivos, como bondade e gentileza, o estado de atenção plena e o sentimento de pertencimento à humanidade, além de fatores negativos, como autojulgamento,

isolamento e autoidentificação excessiva. Os itens devem ser respondidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos, que varia de 1=quase nunca à 5=quase sempre. Na validação inicial com 391 estudantes universitários, o instrumento demonstrou excelente consistência global, α de Cronbach = 0,92, com consistência interna razoável para subescalas individuais, α de Cronbach = 0,75 a 0,81, menor para Mindfulness e maior para Sobre-Identificação. A consistência interna (alfa de Cronbach) dos 26 itens desta escala no Brasil é 0,92. A consistência interna das seis subescalas originais variou de 0,75 a 0,81. Na validação da versão brasileira foi utilizada uma amostra de população geral composta por 432 participantes, com idades entre 18 e 66 anos. O alfa de cada subescala foi o seguinte: Autojulgamento entre .56 e .78 ($\alpha=.77$); Sobre-identificação entre .67 e .76 ($\alpha=.76$); Humanidade Comum entre .44 e .87 ($\alpha=.66$); Isolamento entre .67 e .82 ($\alpha=.79$); 0,81 Autobondade entre .66 e .77 ($\alpha=.81$); e *Mindfulness* entre .66 e .76 ($\alpha=.77$). A consistência interna da subescala de Sobre-identificação não foi muito boa (0,66)^(107,108).

Resiliência

A resiliência será medida pela CD-RISC-25, validada no Brasil⁽¹⁰⁹⁾. A CD-RISC 25 é considerada a medida de resiliência mais utilizada e foi traduzida para 7 idiomas. Consiste em cinco fatores como: competência pessoal, aceitação de mudança e relacionamentos seguros, controle e influências espirituais. A escala foi desenvolvida para capturar uma mistura de aspectos traços da resiliência (como a robustez), bem como outros aspectos da resiliência, como autoconfiança, capacidade de resolver problemas sociais e o papel da fé e da espiritualidade. Tem potencial para investigar estratégias adaptativas e mal adaptativas para indivíduos em atividades de alto risco de estresse. A escala apresenta coeficiente alfa de 0,93 e correlação intraclass de 0,84. Os 25 itens são respondidos em uma escala ordinal que varia de zero (nenhum pouco verdadeiro) a quatro (quase sempre verdadeiro). Os itens engendram 5 fatores: a) competência pessoal; b) confiança nos próprios instintos; c) tolerância à adversidade; d) aceitação positiva de mudanças; e) controle. O escore é baseado na soma total de todos os itens, cuja pontuação varia de 0 a 100, sendo que escores mais altos demonstram maiores escores de resiliência. Esta medida foi testada em população geral, bem como em amostras clínicas, demonstra propriedades psicométricas sólidas, com boa consistência interna, original, com alfa de Cronbach geral em 0,90. e confiabilidade “*test-retest*”⁽¹¹⁰⁾.

Mindfulness

Para medir *Mindfulness*, será utilizado o FFMQ, validado no Brasil⁽¹¹¹⁾, avalia as habilidades de *mindfulness* disposicional como um construto multifacetado. A versão brasileira é composta por 39 itens, que podem ser respondidos em uma escala de autoavaliação, tipo Likert, de 1 (nunca ou raramente verdadeiro) a 5 (quase sempre ou sempre verdadeiro). Para o referido instrumento, o termo *Mindfulness* é conceituado, em sua qualidade disposicional, como um construto multifacetado, avaliado em cinco facetas: 1. Observar (perceber e estar atento aos eventos e experiências; $\alpha = 0.76$); 2. Descrever (capacidade de nomear e descrever as experiências observadas; $\alpha = 0.76$); 3. Agir com consciência (prestar atenção às atividades em andamento, ao invés de realizá-las mecanicamente no modo “piloto automático”; $\alpha = 0.79$); 4. Não-julgar (não avaliar ou utilizar juízo de valor para os pensamentos e emoções; $\alpha = 0.78$); 5. Não reagir (capacidade de experimentar sentimentos e pensamentos sem reagir ou ser influenciado pelos mesmos; $\alpha = 0.68$); ou com base no escore total ($\alpha = 0.81$), o qual indica uma habilidade geral de atenção plena. Embora haja um escore total do FFMQ, é recomendável a análise das pontuações das facetas separadamente, para as quais os valores mínimos e máximos são, respectivamente, observar: 7 e 35; descrever: 5 e 25; agir com consciência: 5 e 25; não-julgar: 8 e 40; não reagir: 8 e 40. O escore total é obtido por meio da soma dos escores das facetas, cujo valor mínimo é de 39 pontos e o máximo é de 195 pontos, indicando o nível mínimo e máximo de *mindfulness*, respectivamente.

Liderança Ressonante

O Questionário de Liderança Ressonante é instrumento avalia as habilidades gerais de liderança emocional de um indivíduo, conforme percebidas por um observador. A escala é autoadministrada, constituída por 10 itens, congruentes com os domínios de inteligência emocional de Goleman⁽¹¹²⁾, a saber, a autoconsciência, a consciência social, a autogestão e a gestão de relacionamento. Os itens são divididos em 10 conceitos interligados, mas distintos: (1) abertura, (2) integridade, (3) otimismo, (4) realização da equipe, (5) autocontrole, (6) empatia, (7) desenvolvimento dos outros, (8) gestão de conflitos, (9) visionário/inspirador e empoderador. As pontuações variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo fortemente), podendo somar de 10 a 50, sendo este último o escore maior liderança ressoante mais alto. O coeficiente α de Cronbach da escala foi de 0,73⁽¹¹³⁾. Numa amostra de 600 enfermeiros registrados

em cuidados intensivos, a escala demonstrou um elevado coeficiente de fiabilidade de 0,94⁽¹¹⁴⁾. A validação da versão brasileira da escala foi aceita para publicação.

Todos os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (bem como as instruções para respondê-los), serão enviados e preenchidos de forma eletrônica, enviados por telefone (whatsapp) ou e-mail.

4.8. Análise estatística dos dados

Os dados serão analisados por meio do *software International Business Machines - Statistical Package for the Social Sciences* (IBM - SPSS), versão 28.0, com nível de significância estatística adotado igual a 5% ($p \leq 0,05$), em todos os testes.

O teste exato de Fisher e o teste t de Student serão utilizados para comparar os grupos em relação às variáveis sociodemográficas. Para a medição das variáveis de desfecho será realizada a comparação dos grupos no momento “pré-teste” por meio do teste t de Student para amostras independentes. Os cálculos referentes ao teste t de Student serão realizados utilizando o método de amostragem *bootstrap* com viés corrigido e acelerado com base em 1000 amostras.

Para verificar o efeito do grupo e do momento sobre as pontuações dos instrumentos utilizados no estudo, serão elaborados modelos mistos lineares generalizados (*Generalized Linear Mixed Model – GLMM*). Para o cálculo dos graus de liberdade dos modelos, será utilizado o método de Satterthwaite. O ajuste destes modelos foi validado pela inspeção visual da distribuição dos resíduos padronizados por meio de gráficos Quantis-Quantis (Q-Q).

O cálculo do tamanho do efeito, medido por meio do coeficiente d de Cohen, foi realizado para comparação entre os grupos, de acordo com o momento, em relação às médias marginais estimadas das pontuações dos desfechos de interesse. O coeficiente d de Cohen interpreta os tamanhos dos efeitos como pequeno: entre [0,200] e [0,499]; médio: entre [0,500] e [0,799]; e grande: acima de [0,800].

4.9. Procedimentos Éticos

O presente estudo será desenvolvido e aplicado em conformidade com os requerimentos do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo e com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 – Conselho Nacional de Saúde - Ministério

da Saúde. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2619.pdf

Os participantes serão assegurados da confidencialidade dos dados coletados. Aqueles que apresentarem algum dos problemas referidos nos questionários de exclusão/inclusão, receberão o devido suporte da equipe e, se necessário, poderão ser encaminhados para unidades de atendimento específico em convênio firmado com o hospital ou instituição onde prestam serviços.

Todos os participantes terão pleno conhecimento dos objetivos e métodos do experimento e deverão dar o seu consentimento por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice). Eles também serão devidamente avisados de que todas as informações fornecidas serão estritamente sigilosas.

A divulgação, recrutamento, seleção e início da coleta de dados do estudo só serão iniciadas após aprovação do projeto pelo CEP/UNIFESP e CEP/SPDM, por meio da Plataforma Brasil.

Ao finalizar a investigação científica, os resultados serão compartilhados com os participantes do estudo aos participantes e instituições onde os dados foram obtidos, em formato e linguagem adequadas à compreensão dos mesmos. Ao publicar em periódicos revisados por pares, o artigo também será compartilhado com os participantes. Em ambos os casos o compartilhamento ocorrerá por meio de correio eletrônico.

4.10. Procedimento de Intervenção

A intervenção que será utilizada neste estudo é inspirada no protocolo *Breathworks Mindfulness for Health* (BMfH), elaborado pela *Breathworks Foundation - United Kingdom* (UK). Trata-se de uma empresa de interesse comunitário, situada no Reino Unido, que desenvolveu cursos de *mindfulness* para a saúde, dor e estresse, entre eles os protocolos “*Mindfulness for Health*” e “*Mindfulness for Stress*” com duração de oito semanas⁽¹¹⁵⁾, ambos sustentados pelos ensinamentos baseados no programa MBSR e pelas experiências pessoais de uma das fundadoras da *Breathworks*⁽¹¹⁶⁾.

A *Breathworks* Foundation/UK se propõe ao ensino de *mindfulness* embutido na fundação budista de “bondade amorosa” e é sensível em relação às preocupações sobre a remoção de *mindfulness* da estrutura ética original em que foi desenvolvida⁽¹¹⁷⁾.

O programa será composto por conceitos-chave, exercícios para ilustrar os conceitos e práticas de *mindfulness* formais e informais. As principais diferenças entre a intervenção que projetamos e o protocolo BMfH serão a menor duração das sessões (uma hora e meia cada uma) e o fato ser realizado de forma on-line. A fim de adequar o menor tempo de sessão, na intervenção será conduzida apenas a prática principal da semana em vez de conduzirmos duas práticas por semana, como é feito no protocolo oficial, e também excluimos o intervalo de trinta minutos, indicado no programa oficial.

- Prática de Escaneamento corporal: desenvolve uma consciência minuciosa do corpo focando sua mente em todas as sensações que estão ocorrendo no momento presente. Aprender a diferença entre pensar sobre as sensações e a experiência direta de senti-la;
- Prática de Âncora na respiração: concentra a atenção nas sensações da respiração. Ensina a levar a atenção para um único foco e observar as distrações causadas, na maior parte das vezes, pelos pensamentos que não cessam;
- Prática dos movimentos conscientes: é uma prática ativa, composta por movimentos simples, que auxilia a aproximação de seu corpo com a respiração. Também ajuda a fortalecer a concentração, amplia a autoconsciência e conecta o praticante ao momento presente. O foco da atenção aqui é nas sensações dos movimentos;
- Prática de Aceitação Compassiva: permite o contato com as experiências desconfortáveis e a lidar com elas, auxiliando o desenvolvimento da flexibilidade psicológica;
- Prática de Tesouro do Prazeres: visa a vivência dos aspectos prazerosos de nossa experiência. Não basta apenas saber lidar com o desprazer, é necessário também aprender a desfrutar do prazer, para equilibrar nosso sistema;

- Prática de Coração Aberto: objetiva o cultivo do estado de equanimidade alcançado pela vivência do prazer e desprazer de nossas experiências; nos possibilita desenvolver um equilíbrio psicológico, que poderá nos ser útil em todos os momentos da vida;
- Prática de Bondade Amorosa ou Autogentileza: trata-se de uma prática analítica de observação de pensamentos e emoções em relação a si mesmo, com o objetivo de desenvolver a gentileza com você mesmo, base para a compaixão. A autogentileza envolve responder a pensamentos e sentimentos difíceis (como, por exemplo, inadequação, raiva, tristeza e confusão) com gentileza, simpatia e compreensão, a fim de alcançar a serenidade;
- Prática de Compaixão e Gentileza para com os outros: é semelhante à prática anterior, porém, o foco é no cultivo da gentileza e compaixão com os outros. A compaixão é um processo interpessoal que envolve a capacidade de perceber, sentir ou perceber a dor de outra pessoa e de agir para aliviar o sofrimento dessa pessoa. Permite ampliar a autenticidade e comunicação aberta com as pessoas a seu redor com ética, respeito e gentileza; e
- Práticas Informais: permite interromper os padrões automáticos de pensamento e comportamento, e aumentar a regulação da emoção em casa e no local de trabalho.

A Intervenção Baseada em *Mindfulness* deste estudo ocorrerá em 8 (oito) encontros, sendo 1 (um) encontro por semana, e a cada encontro o grupo reunir-se-á por 2 horas, conforme a programação abaixo: conforme especificado abaixo no Quadro 1:

Quadro 1: Intervenção Baseada em *Mindfulness*

Tempo / minuto s	*S1	*S2	*S3	*S4	*S5	*S6	*S7	*S8
20	Boas vindas e	Revisã o e introdu	Revisã o e introdu	Revisã o e introdu	Revisã o e introdu	Revisã o e introdu	Revisã o e introdu	Revisã o e introdu

	apre ntação	ção à *S2	ção à *S3	ção à *S4	ção à *S5	ção à *S6	ção à *S7	ção à *S8
20	Introdu ção ao progra ma/S1	Concei tos- chave: *S2	Concei tos- chave: *S3	Concei tos- chave: *S4	Concei tos- chave: *S5	Concei tos- chave: *S6	Concei tos- chave: *S7	Concei tos- chave: *S8
30	Concei tos- chave: Seman a 1	Exercí cios com os conceit os- chave	Exercí cios com os conceit os- chave	Exercí cios com os conceit os- chave	Exercí cios com os conceit os- chave	Exercí cios com os conceit os- chave	Exercí cios com os conceit os- chave	Exercí cios com os conceit os- chave
30	Prática : Escan eamen to Corpor al e coment ários	Prática : Consci ên-cia da Respir ação e coment ários	Prática : Movim en-tos Consci en-tes e coment ários	Prática : Aceitaç ão e coment ários	Prática : Tesour o dos Prazer es e coment ários	Prática : Coraça o Aberto e coment ários	Prática : Gentile za consig o mesmo e coment ários	Prática : Gentile za com os outros e coment ários
20	Dúvida s e próxim os passos	Dúvida s e próxim os passos	Dúvida s e próxim os passos	Dúvida s e próxim os passos	Dúvida s e próxim os passos	Dúvida s e próxim os passos	Dúvida s e próxim os passos	Como continu ar

Legenda: *Semana

5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Identificação da Etapa	Início (dd/mm/aaaa)	Término (dd/mm/aaaa)
Apreciação do projeto pelo CEP/Plataforma Brasil	19/11/2024	30/01/2025
Divulgação, recrutamento e seleção dos voluntários	01/02/2025	30/04/2025
Coleta de dados do GRUPO A	01/05/2025	30/07/2025
Coleta de dados do GRUPO B	01/08/2025	30/10/2025
Análise dos dados	01/11/2025	30/04/2026
Preparação dos artigos e publicação dos resultados	01/05/2026	30/12/2026

Obs.: o recrutamento e seleção dos voluntários para a coleta de dados só iniciará após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UNIFESP.

6. ORÇAMENTO FINANCEIRO

Identificação do Orçamento	Tipo	Valor em reais
Divulgação/Comunicação	Custeio	560,00

7. REFERÊNCIAS

1. Villalba D. Atención plena: Mindfulness basado en la tradición budista. [Internet]. Editorial Kairós; 2019 [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://bit.ly/3lGOxjk>
2. Hirayama MS, Milani D, Rodrigues RCM, Barros NF, Alexandre NMC. The perception of behavior related to mindfulness and the Brazilian version of the Freiburg Mindfulness Inventory. Cien Saude Colet. 2014; 19(9):3899–3914. doi: 10.1590/1413-81232014199.12272013
3. Kabat-Zinn J. Foreword. In: Didonna F. Clinical handbook of mindfulness. Ed. New York, NY: Springer; 2009; pp. xxv.
4. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003 Apr;84(4):822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
5. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JM, Kuyken W. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. Psychol Med. 2017 Apr;47(6):990-999. doi: 10.1017/S0033291716003317.
6. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2):144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016

7. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness (15th Anniversary ed.). New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell; 2005.
8. Choi E, Farb N, Pogrebtsova E, Gruman J, Grossmann I. What do people mean when they talk about mindfulness? *Clin Psychol Rev.* 2021 Nov;89:102085. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102085
9. Chiesa A. The difficulty of defining mindfulness: Current thought and critical issues. *Mindfulness.* 2013;4(3):255–268. doi:10.1007/s12671-012-0123-4.
10. Hayes SC, Wilson KG. Mindfulness: Method and Process. *Clinical Psychology. Clin Psychol: Sci Pract.* 2003;10(2):161-165. doi: 10.1093/clipsy.bpg018
11. Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Di Giuseppe M, Gemignani A, Poli A. Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Front Psychol.* 2020 Jul 31;11:1683. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01683.
12. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014 Mar;53(1):6-41. doi: 10.1111/bjc.12043.
13. Neff KD, Bluth K, Tóth-Király I, Davidson O, Knox MC, Williamson Z, Costigan A. Development and Validation of the Self-Compassion Scale for Youth. *J Pers Assess.* 2021 Jan-Feb;103(1):92-105. doi: 10.1080/00223891.2020.1729774.
14. Hagerman LA, Manankil-Rankin L, Schwind JK. Self-compassion in undergraduate nursing: an integrative review. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2020 Nov 5;17(1):/j/ijnes.2020.17.issue-1/ijnes-2020-0021/ijnes-2020-0021.xml. doi: 10.1515/ijnes-2020-0021.
15. Xie C, Li X, Zeng Y, Hu X. Mindfulness, emotional intelligence and occupational burnout in intensive care nurses: A mediating effect model. *J Nurs Manag.* 2021 Apr;29(3):535-542. doi: 10.1111/jonm.13193.
16. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality.* 1990;9(3):185-211. doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
17. Goleman D. Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In Goleman D, Cherniss C. (Eds.). *The emotionally intelligent workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, groups and organizations.* [Internet] San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2001 [cited 2023 Jan 28]. pp. 26. Available from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=0b62033fd5cc0a2d882b7825824be895267f0c6c>
18. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). In: BarOn R, Parker JD (Eds.). *Handbook of emotional intelligence.* San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2000. pp. 343-362.
19. Delhom I, Satorres E, Meléndez JC. (2020). Can we improve emotional skills in older adults? Emotional intelligence, life satisfaction, and resilience. *Psychosoc Interv.* 2020;29(3):133-9. doi: 10.5093/pi2020a8
20. American Psychological Association. Building your resilience. [Internet] 2020 [cited 2023 Jan 28]. APA.org. Available from: <https://www.apa.ez69.periodicos.capes.gov.br/topics/resilience>
21. Hudgins TA. Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. *Journal of nursing management.* 2016;24(1):E62-E69. doi: 10.1111/jonm.12289.
22. Masten AS, Lucke CM, Nelson KM, Stallworthy IC. Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives. *Annu Rev Clin Psychol.* 2021 May 7;17:521-49. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307

23. Pérez-Aranda A, García-Campayo J, Gude F, Luciano JV, Feliu-Soler A, González-Quintela A, López-Del-Hoyo Y, Montero-Marin J. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *Int J Clin Health Psychol*. 2021 May-Aug;21(2):100229. doi: 10.1016/j.ijchp.2021.100229.
24. Godara M, Silveira S, Matthäus H, Heim C, Voelkle M, Hecht M, Binder EB, Singer T. Investigating differential effects of socio-emotional and mindfulness-based online interventions on mental health, resilience and social capacities during the COVID-19 pandemic: The study protocol. *PLoS One*. 2021 Nov 4;16(11):e0256323. doi: 10.1371/journal.pone.0256323.
25. Mitchell AEP. Resilience and mindfulness in nurse training on an undergraduate curriculum. *Perspect Psychiatr Care*. 2021 Jul;57(3):1474-1481. doi: 10.1111/ppc.12714.
26. Nadler R, Carswell JJ, Minda JP. Online Mindfulness Training Increases Well-Being, Trait Emotional Intelligence, and Workplace Competency Ratings: A Randomized Waitlist-Controlled Trial. *Front Psychol*. 2020 Feb 21;11:255. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00255
27. Donaldson-Feilder E, Lewis R, Yarker J, Whiley LA. Interpersonal mindfulness in leadership development: A Delphi study. *J Manag Educ*. 2022;46(5):816-52. doi: 10.1177/10525629211067183
28. Mororó DDDS, Enders BC, Lira ALBDC, Silva CMBD, Menezes RMPD. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *ACTA Paul. Enferm*. 2017 May-Jun;30(3):323-332. Doi: 10.1590/1982-0194201700043
29. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 573, de 31 de janeiro de 2018. Aprova o Parecer Técnico n. 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem. [Internet] 2018. [cited 2023 Mar 05]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>
30. Balsanelli AP. Liderança em enfermagem: Desafios e possibilidades. *ACTA Paul. Enferm*. 2017;30(1):3-4. doi: 10.1590/1982-0194201700001
31. Stedham Y, Skaar TB. Mindfulness, Trust, and Leader Effectiveness: A Conceptual Framework. *Front Psychol*. 2019 Jul 10;10:1588. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01588.
32. Spiva L, Davis S, Case-Wirth J, Hedenstrom L, Hogue V, Box M, et al. The Effectiveness of Charge Nurse Training on Leadership Style and Resiliency. *J Nurs Adm*. 2020 Feb;50(2):95-103. doi: 10.1097/NNA.0000000000000848
33. Hofmeyer A, Taylor R. Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2021 Jan;30(1-2):298-305. doi: 10.1111/jocn.15520.
34. Abd-El Aliem SMF, Abou Hashish EA. The Relationship Between Transformational Leadership Practices of First-Line Nurse Managers and Nurses' Organizational Resilience and Job Involvement: A Structural Equation Model. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2021 Oct;18(5):273-282. doi: 10.1111/wvn.12535.
35. Mansel B, Einion A. 'It's the relationship you develop with them': emotional intelligence in nurse leadership. A qualitative study. *Br J Nurs*. 2019 Nov 28;28(21):1400-8. doi: 10.12968/bjon.2019.28.21
36. Alshammari F, Pasay-An E, Gonzales F, Torres S. Emotional intelligence and authentic leadership among Saudi nursing leaders in the Kingdom of Saudi Arabia. *J Prof Nurs*. 2020 Nov-Dec;36(6):503-9. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.04.003

37. Duncan DL. What the COVID-19 pandemic tells us about the need to develop resilience in the nursing workforce. *Nurs Manag (Harrow)*. 2020 Jun 2;27(3):22-7. doi: 10.7748/nm.2020.e1933.
38. Miao C, Humphrey RH, Qian S. The relationship between emotional intelligence and trait mindfulness: A meta-analytic review. *Pers Individ Differ*. 2018;135:101-7. doi: 10.1016/j.paid.2018.06.051.
39. Pearson N, Naylor PJ, Ashe MC, Fernandez M, Yoong SL, Wolfenden L. Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation trials. *Pilot Feasibility Stud*. 2020 Oct 31;6(1):167. doi: 10.1186/s40814-020-00634-w.
40. Monguilhott JJDC, Brüggemann OM, Velho MB, Knobel R, Costa R. Antenatal perineal massage for trauma prevention: a pilot randomized clinical trial. *Acta Paul Enferm*. 2022;35: eAPE0381345. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO03813459.
41. Sarazine J, Heitschmidt M, Vondracek H, Sarris S, Marcinkowski N, Kleinpell R. Mindfulness Workshops Effects on Nurses' Burnout, Stress, and Mindfulness Skills. *Holist Nurs Pract*. 2021 Jan-Feb 01;35(1):10-18. doi: 10.1097/HNP.0000000000000378.
42. Wu X, Hayter M, Lee AJ, Zhang Y. Nurses' experiences of the effects of mindfulness training: A narrative review and qualitative meta-synthesis. *Nurse Educ Today*. 2021 May;100:104830. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104830.
43. Hayter M. Nurses' experiences of the effects of mindfulness training: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Prof Infirm*. 2021 Oct-Dec;74(4):256. doi: 10.7429/pi.2021.744256a.
44. Foley T, Lanzillotta-Rangeley J. Stress Reduction Through Mindfulness Meditation in Student Registered Nurse Anesthetists. *AANA J*. 2021 Aug;89(4):284-289.
45. Stinson C, Curl ED, Hale G, Knight S, Pipkins C, Hall I, White K, Thompson N, Wright C. Mindfulness Meditation and Anxiety in Nursing Students. *Nurs Educ Perspect*. 2020 Jul/Aug;41(4):244-245. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000635.
46. Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jun 26;99(26):e20992. doi: 10.1097/MD.00000000000020992.
47. Sulosaari V, Unal E, Cinar FI. The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: A systematic review. *Appl Nurs Res*. 2022 Apr;64:151565. doi: 10.1016/j.apnr.2022.151565.
48. Anderson N. An evaluation of a mindfulness-based stress reduction intervention for critical care nursing staff: A quality improvement project. *Nurs Crit Care*. 2021 Nov;26(6):441-448. doi: 10.1111/nicc.12552.
49. Badham R, King E. Mindfulness at work: A critical re-view. *Organization*. 2021; 28(4):531-554. doi: 10.1177/1350508419888897.
50. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2004;11(3):230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
51. Brown KW, Ryan RM. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2004;11(3):242-248. doi: 10.1093/clipsy/bph078
52. Zhang Q, Wang Z, Wang X, Liu L, Zhang J, Zhou R. The Effects of Different Stages of Mindfulness Meditation Training on Emotion Regulation. *Front Hum Neurosci*. 2019 Jun 27;13:208. doi: 10.3389/fnhum.2019.00208.

53. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*. 2008 Apr;12(4):163-9. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005
54. Moscoso MS. Hacia una integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Liberabit*. 2019;25(1):107-117. doi: 10.24265/liberabit.2019.v25n1.09.
55. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cogn Emot*. 2009;23(1):4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
56. Peña-Sarrionandia A, Mikolajczak M, Gross JJ. Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Front Psychol*. 2015;6:160. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00160
57. Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;43:48–73. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.016.
58. Enríquez H, Ramos N, Esparza O. Impact of the Mindful Emotional Intelligence Program on Emotional Regulation in College Students. *Int J Psychol Psychol Ther*. [Internet] 2017 [cited 2023 Mar 18];17(1):39-48. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253552>
59. Green AA, Kinchen EV. The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *J Holist Nurs*. 2021 Dec;39(4):356-68. doi: 10.1177/08980101211015818.
60. Hariharan Y, Meiers C, Robert C, Bresciani Ludvik, M. Examining stress regulation impacts from integrating mindfulness and self-compassion interventions into doctoral-level leadership courses. *J Res Innov Teach Learn*. 2023. doi: 10.1108/JRIT-05-2022-0025.
61. Salazar LR. The Mediating Effect of Mindfulness and Self-Compassion on Leaders' Communication Competence and Job Satisfaction. *J. Commun. Manag*. 2022; 26 (1):39–57. doi: 10.1108/JCOM07-2021-0074.
62. Hosseinzadeh N. (2022). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention in social workers working during the COVID-19 crisis. *Current Psychology*. 2022; 41:8192–8199. doi: 10.1007/s12144-021-02150-3.
63. Lin L, He G, Yan J, Gu C, Xie J. The Effects of a Modified Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Workplace Health Saf*. 2019 Mar;67(3):111-122. doi: 10.1177/2165079918801633.
64. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*. 2018 Jun; 14;8(6):e017858. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017858.
65. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*. 2011 Nov;6(6):537-59. doi: 10.1177/1745691611419671.
66. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
67. Akerjordet K, Furunes T, Haver A. Health-promoting leadership: an integrative review and future research agenda. *J Adv Nurs*. 2018;74(7):1505-16. doi: 10.1111/jan.13567.

68. Niinihuhta M, Häggman-Laitila A. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *Int J Nurs Pract.* 2022 Oct;28(5):e13040. doi: 10.1111/ijn.13040.
69. Hall VP, White KM, Morrison J. The Influence of Leadership Style and Nurse Empowerment on Burnout. *Nurs Clin North Am.* 2022 Mar;57(1):131-141. doi: 10.1016/j.cnur.2021.11.009.
70. Squellati R, Zangaro GA. Eight Ways Nurses Can Manage a Burnt-Out Leader. *Nurs Clin North Am.* 2022 Mar;57(1):67-78. doi: 10.1016/j.cnur.2021.11.005.
71. Levey J, Levey M. Mindful leadership for personal and organisational resilience. *Clin Radiol.* 2019 Oct;74(10):739-745. doi: 10.1016/j.crad.2019.06.026.
72. Sihvola S, Kvist T, Nurmeksela A. Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *J Nurs Manag.* 2022 Sep;30(6):1869-1880. doi: 10.1111/jonm.13640.
73. Jeffs L, Merkley J, Canzian S, Taggart R, Andress I, Harris A. Balancing Resiliency and New Accountabilities: Insights from Chief Nurse Executives amid the COVID-19 Pandemic. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2020 Dec;33(4):7-19. doi: 10.12927/cjnl.2021.26425
74. Burmansah B, Rugaiyah R, Mukhtar M, Nabilah S, Ripki AJ H, Fatayan A. Mindful Leadership: The Ability of the Leader to Develop Compassion and Attention without Judgment-A Case Study of the Leader of Buddhist Higher Education Institute. *Eur J Educ Res.* 2020;9(1):51-65. doi: 10.12973/eu-jer.9.1.51
75. Anwar A, Abid G, Waqas A. Authentic Leadership and Creativity: Moderated Meditation Model of Resilience and Hope in the Health Sector. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2019 Jul 17;10(1):18-29. doi: 10.3390/ejihpe10010003
76. Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett RW. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *J Nurs Manag.* 2019 May;27(4):681-687. doi: 10.1111/jonm.12736.
77. Liu B, Zhao H, Lu Q. Effect of leader mindfulness on hindrance stress in nurses: The social mindfulness information processing path. *J Adv Nurs.* 2021 Nov;77(11):4414-4426. doi: 10.1111/jan.14929.
78. Arendt JFW, Pircher Verdorfer A, Kugler KG. Mindfulness and Leadership: Communication as a Behavioral Correlate of Leader Mindfulness and Its Effect on Follower Satisfaction. *Front Psychol.* 2019 Mar 29;10:667. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00667.
79. Reb J, Chaturvedi S, Narayanan J, Lea, Kudesia RS. Leader Mindfulness and Employee Performance: A Sequential Mediation Model of LMX Quality, Interpersonal Justice, and Employee Stress. *J Bus Ethics.* 2019;160:745–763 doi: 10.1007/s10551-018-3927-x.
80. Fasbender U, Burmeister A, Wang M. Motivated to be socially mindful: Explaining age differences in the effect of employees' contact quality with coworkers on their coworker support. *Personnel Psychology.* 2019;73(3):407-430. doi: 10.1111/peps.12359.
81. Goleman D, Boyatzis R. Social intelligence and the biology of leadership. *Harv Bus Rev.* [Internet]. 2008 Sept [cited 2023 Jan 15];86(9):74-81. Available from: <https://hbr.org/2008/09/social-intelligence-and-thebiology-of-leadership>
82. Gerpott FH, Fasbender U, Burmeister A. Respectful leadership and followers' knowledge sharing: A social mindfulness lens. *Human Relations.* 2020;73(6): 789-810. doi: 10.1177/0018726719844813
83. Chen X, Chen M, Zheng H, Wang C, Chen H, Wu Q, Liao H, Zhu J, Lin J, Ou X, Zou Z, Wang Z, Zheng Z, Zhuang X, Chen R. Effects of psychological intervention

- on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. *Front Public Health*. 2022 Oct 14;10:952932. doi: 10.3389/fpubh.2022.952932
84. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014 Jun;9(6):873-9. doi: 10.1093/scan/nst060.
 85. Shi H, Shan B, Zheng J, Zhang Y, Zhang J, Hu X. Grief as a mediator of the relationship between empathy and compassion fatigue. *Psychooncology*. 2022 May;31(5):840-847. doi: 10.1002/pon.5875.
 86. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2018 Oct;53(4):466-480. doi: 10.1111/nuf.12274.
 87. Wijdenes KL, Badger TA, Sheppard KG. Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center. *J Nurs Adm*. 2019 Jan;49(1):19-23. doi: 10.1097/NNA.0000000000000702.
 88. Pérez V, Menéndez-Crispín EJ, Sarabia-Cobo C, de Lorena P, Fernández-Rodríguez A, González-Vaca J. Mindfulness-Based Intervention for the Reduction of Compassion Fatigue and Burnout in Nurse Caregivers of Institutionalized Older Persons with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 11;19(18):11441. doi: 10.3390/ijerph191811441.
 89. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega MI, Sánchez-Ruiz MJ, Ortega-Galán ÁM. Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. *Res Nurs Health*. 2021 Aug;44(4):620-632. doi: 10.1002/nur.22158.
 90. Carpenter JS. The Mindful Leader. *Nurs Outlook*. 2021 May-Jun;69(3):489-490. doi: 10.1016/j.outlook.2020.12.008.
 91. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
 92. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002 Sep;97(9):1183-94. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x.
 93. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Pers Individ Differ*. 1998; 25(2):167-177. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00001-4.
 94. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003a; 2(3):223-250. doi: 10.1080/15298860309027.
 95. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003b; 2(2):85-101. doi: 10.1080/15298860309032.
 96. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113.
 97. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008 Sep;15(3):329-342. doi: 10.1177/1073191107313003.
 98. Cummings GG, Midodzi W, Wong CA, Estabrooks C. The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. *Nursing Research*. 2010;59(5):331-339. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ed74d5.

99. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(8):1533-1543.
100. Moreno-Agostino D, Chua KC, Peters TJ, Scazufca M, Araya R. Psychometric properties of the PHQ-9 measure of depression among Brazilian older adults. *Aging & Mental Health*. 2021; 26(11): 2285–2290. doi: 10.1080/13607863.2021.1963951
101. Yusuf M, Abera M, Getnet M, Dawud B. Psychometric properties of Hamilton Depression Rating Scale among people with epilepsy in Jimma University Medical Center, Neurology Clinic, Southwest Ethiopia, 2020: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023 May 30;13(5):e070835. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070835.
102. Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST) [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004 Apr-Jun;50(2):199-206. Portuguese. doi: 10.1590/s0104-42302004000200039.
103. Camargo Júnior EB, Noivo IS, Gouvea TCC, Fernandes MNF, Gherardi-Donato ECDS. Depression and Substance Use Among Brazilian University Students During the COVID-19 Pandemic. *J Psychoactive Drugs*. 2023 Aug 8:1-10. doi: 10.1080/02791072.2023.2244499.
104. Toledo Júnior A, Duca JGM, Coury MIF. Translation and Transcultural Adaptation of the Brazilian Version of the Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test. *Rev Bras Educ Med*. 2018 Oct-Dec; 42(4):109-114. doi: 10.1590/1981-52712015v42n4RB20180102
105. Ahmad NA, Praveena SM, Tee KS. Psychometric Properties of the English and Malay Version of the Adapted Schutte Emotional Intelligence Scale. *Front Psychol*. 2022 Oct 10;13:895816. doi: 10.3389/fpsyg.2022.895816.
106. de Souza LK, Hutz CS. Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. *Temas Em Psicologia*. 2016; 24(1):159–172. doi: 10.9788/tp2016.1-11.
107. Truong QC, Nguyen TM, Nguyen AH, Medvedeva A, Medvedev ON. Investigating Stable and Dynamic Aspects of the Vietnamese Self-Compassion Scale using Generalisability Theory. *Mindfulness* (N Y). 2022;13(9):2215-2226. doi: 10.1007/s12671-022-01950-3.
108. da Silva MPP, de Campos D, Pereira LSF, Peixoto EM. Investigação das Propriedades Psicométricas da Escala de Autocompaixão em Jovens Atletas. *Rev Iberoam Diagn Ev Psicol*. 2022; 3(64):157-170. doi: 10.21865/RIDEP64.3.12.
109. Siqueira MMM, Barbosa NC, Alves MT. Construção e validação fatorial de uma medida de inteligência emocional. *Psic: Teor Pesq*. 1999; 15(2):143-152. doi: 10.1037/h0031305.
110. Tourunen A, Siltanen S, Saajanaho M, Koivunen K, Kokko K, Rantanen T. Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson resilience scale among Finnish older adults. *Aging Ment Health*. 2021 Jan;25(1):99-106. doi: 10.1080/13607863.2019.1683812.
111. Barros VVD, Kozasa EH, Souza ICWD, Ronzani TM. Validity evidence of the Brazilian version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psic: Teor e Pesq*. 2014 Sept;30(3):317-27. doi: 10.1590/S0102-37722014000300009.
112. Goleman, D. (2001). *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

113. Bawafaa E, Wong CA, Laschinger H. The influence of resonant leadership on the structural empowerment and job satisfaction of registered nurses. *Journal of Research in Nursing*. 2015;20(7):610-622. doi: 10.1177/1744987115603441.
114. Squires M, Tourangeau A, Lachinger HK, Doran D. The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*. 2010;18:914-925. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01181.x.
115. Burch V, Penman D. *Mindfulness for Health: A practical guide to relieving pain, reducing stress and restoring wellbeing*. London, UK: Piatkus. 2013.
116. Pizutti LT, Carissimi A, Valdivia LJ, Ilgenfritz CAV, Freitas JJ, Sopezki D, Demarzo MMP, Hidalgo MP. Evaluation of Breathworks' Mindfulness for Stress 8-week course: Effects on depressive symptoms, psychiatric symptoms, affects, self-compassion, and mindfulness facets in Brazilian health professionals. *J Clin Psychol*. 2019 Jun;75(6):970-984. doi: 10.1002/jclp.22749.
117. Grossman P. On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *J Psychosom Res*. 2008 Apr;64(4):405-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.02.001.

APÊNDICE 1
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nome
Email:
Endereço
Celular/whatsapp
Data de Nascimento:

1. Identidade de gênero:

- () 1. Feminino
- () 2. Masculino
- () 3. Prefiro não dizer
- () 4. Outro

2. Identidade étnica

- () 1. Branco
- () 2. Preto
- () 3. Amarelo
- () 4. Indígena
- () 5. Pardo

3. Situação conjugal

- () 1. solteiro
- () 2. casado / união estável
- () 3. separado/divorciado
- () 4. viúvo
- () 5. outros

4. Crença/religião

- () 1. nenhuma
- () 2. católica
- () 3. espírita
- () 4. evangélica
- () 5. afro-brasileira
- () 6. oriental
- () 7. israelita
- () 8. outra

5. Escolaridade

- () 1. superior completo
- () 2. pós-graduação (lato sensu) completa
- () 3. mestrado completo

☐ 4. doutorado completo

6. Possui graduação em enfermagem?

☐ 1. sim

☐ 2. Não

7. Tempo no cargo de enfermeiro (a)

☐ 1. menos de 1 ano

☐ 2. entre 1 e 3 anos e 11 meses

☐ 3. entre 4 e 6 anos e 11 meses

☐ 4. entre 6 e 9 anos e 11 meses

☐ 5. mais de 10 anos

8. Instituição e Unidade na qual exerce o cargo de enfermeiro (a).

9. Realiza diariamente prática de *mindfulness* (meditação sem viés religioso), ou outra prática meditativa?

☐ sim ☐ não

10. Você foi diagnosticado com psicose ou esquizofrenia e/ou está em tratamento por causa disso?

☐ sim ☐ não

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA EM AMBIENTE VIRTUAL

Título do Projeto: Efeitos de uma Intervenção Baseada Em *Mindfulness* na Inteligência Emocional, Autocompaixão e Resiliência de enfermeiros líderes: ensaio clínico randomizado cruzado

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

Pesquisadora principal: Teresa Maria dos Santos

Aluna de pós-doutorado e pesquisadora principal: Teresa Maria dos Santos

Local onde será realizada a pesquisa: Virtual, coordenado pela Escola Paulista de Enfermagem (EPE) – UNIFESP.

Você está sendo convidado a participar como voluntário(a) desta pesquisa porque a sua colaboração será de fundamental importância para investigarmos se a sua participação numa Intervenção Baseada em *Mindfulness* - 8 semanas promoverá alguma alteração nos níveis de inteligência emocional, autocompaixão e resiliência. Sua contribuição é muito importante, mas não deve participar contra a sua vontade.

A justificativa para realizar esta pesquisa se deve ao fato de que pesquisas empíricas semelhantes sugerem que os Intervenções Baseadas em *Mindfulness* podem conduzir a um nível mais elevado de consciência, inteligência emocional e autocompaixão, maior habilidade para enfrentar ambientes adversos resultando em maior resiliência e efetividade no exercício de liderança de enfermeiros.

Os objetivos desta pesquisa são analisar os efeitos de uma Intervenção Baseada em *Mindfulness* na inteligência emocional, autocompaixão e resiliência de enfermeiros líderes.

Os participantes da pesquisa são enfermeiros(as) que atuam em alguns hospitais gerenciados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): Hospital São Paulo e Ambulatórios, Hospital Geral Prof. O Dr. Waldemar de Carvalho Pinto de Guarulhos, Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quércio, Hospital Geral de Pedreira, e Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

Os participantes que se apresentarem como voluntários e passarem pelos critérios de inclusão serão divididos em 2 grupos, grupo A e grupo B, estimados em 80 pessoas cada um. Cada um desses grupos ainda serão divididos em 4 grupos de 20 pessoas cada um a fim de oferecer a intervenção com maior qualidade. O grupo A realizará a Intervenção Baseada em *Mindfulness* nos primeiros oito (8) encontros, um encontro por semana (num período aproximado de dois meses). O grupo B participará da mesma intervenção, também com oito (8) encontros, que terá início um mês após o grupo A ter finalizado a intervenção, dado que o estudo é cruzado e necessita que aconteçam 2 intervenções, uma seguida da outra.

Os dados da pesquisa serão armazenados em uma Plataforma Digital, e serão acessados apenas pelos pesquisadores. Uma vez concluída a coleta de dados, será realizado o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Antes de decidir, é importante que entenda todos os procedimentos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma. Caso você já não queira participar, você não será penalizado por isso. Caso você desista de participar da pesquisa, você poderá solicitar a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a exclusão dos dados coletados. Para isso, por favor envie email para santos.teresa16@unifesp.br, solicitando a exclusão dos seus dados coletados.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli, no telefone: (11) 5576-4430, celular: (11) 984433313, endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino – São Paulo - SP - CEP: 04024-002, e-mail: alexandre.balsanelli@unifesp.br ou com a pesquisadora principal Teresa Maria dos Santos, no telefone: (11) 5576-4430, celular: (11) 971514232, endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino – São Paulo - SP - CEP: 04024-002, e e-mail: santos.teresa16@unifesp.br.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP com o número CAAE: 82570624.6.0000.5505, um órgão que protege o bem-estar, a dignidade, a segurança e garante os direitos dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas sobre a aprovação do estudo, seus direitos ou se estiver insatisfeito com este estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Rua Sena Madureira, 1.500 - 2. Andar - Vila Clementino, São Paulo - SP, cep 04021-001, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefone: (11) 3385-4343, de segunda a sexta, das 08:00 às 13:00hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a **Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa** elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que está disponível para leitura no site: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf

Se aceitar fazer parte como participante, você deve salvar e/ou imprimir este documento para o caso de precisar destas informações no futuro.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER:

De que forma você vai participar desta pesquisa: a Intervenção de *Mindfulness* que será aplicada neste estudo, inspirada no Programa Breathworks *Mindfulness* para a Saúde - 8 semanas, é composta por práticas de *mindfulness* formais (escaneamento corporal, prática de âncora na respiração e bondade amorosa) e informais, e ocorrerá

em oito (8) semanas, sendo um (1) encontro por semana, com duração de 1 hora e meia cada encontro. Os grupos serão compostos por uma média de 20 participantes, cada um, e receberão aproximadamente vinte (20) minutos de prática de atenção plena, a cada semana. O programa será oferecido de forma on-line, no período entre maio de 2025 e outubro de 2025, por meio de uma plataforma de videochamada (Zoom ou Google Meet), sem nenhum custo para os participantes. Todos receberão áudios com as práticas ensinadas em cada encontro e serão convidados a praticar *mindfulness*, fora do horário da aula, por uma média de 3 a 20 minutos por dia, diariamente, durante o período de 8 semanas em que durar a intervenção. Serão solicitadas informações dos participantes quanto ao número de vezes que eles realizaram as práticas oferecidas, por áudio, para serem realizadas em casa.

As práticas de *mindfulness* utilizadas nesse estudo são desvinculadas de qualquer sistema de crença ou religião. O programa não se propõe a ser uma intervenção terapêutica e não tem como objetivo ser utilizado no campo médico e terapêutico.

Para isso o você irá responder três (3) questionários para definir os critérios de inclusão e exclusão: o primeiro para coletar os dados sócio demográficos e clínicos (como por exemplo nome, idade, escolaridade, entre outros); o segundo é para avaliar se você sofre de depressão grave; e o terceiro para identificar se você faz uso de álcool e outras substâncias. Os voluntários que passarem nos critérios de inclusão irão responder outros cinco (5) questionários, em 3 períodos distintos: antes de iniciar o programa, ao finalizar o programa e 4 meses após terem terminado o programa. Os cinco (5) questionários serão os seguintes: o primeiro é para avaliar as habilidades de inteligência emocional; o segundo é para verificar a autocompaixão, o terceiro irá identificar o nível de resiliência; o quarto para analisar a liderança; e o quinto para avaliar as facetas de *mindfulness* (atenção plena) dos voluntários.

Todos os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (bem como as instruções para respondê-los), serão enviados e preenchidos de forma eletrônica, com as orientações enviadas por telefone (WhatsApp) ou e-mail.

Armazenamento e tratamento dos dados: os dados da pesquisa serão armazenados em uma Plataforma Digital, e serão acessados apenas pelos pesquisadores. Uma vez concluída a coleta de dados, será realizado o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”

Riscos em participar da pesquisa: os riscos de desconfortos que os participantes eventualmente poderão ter neste estudo serão: 1) permanecer sentados numa cadeira por 1h30min (o que pode provocar dores no corpo); 2) dificuldades em treinar a atenção e concentração num foco específico; 3) não responder alguma questão ou retirar seu consentimento; 4) limitações das tecnologias no meio virtual, como queda de internet ou dificuldade com áudios e câmeras.

Em caso de dano pessoal, com provas, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, o participante terá direito a tratamento médico nesta instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. Caso você apresente algum problema pelo desconforto que alguma pergunta possa ter causado, a instituição o encaminhará para que você seja acolhido e orientado.

Benefícios em participar da pesquisa: os benefícios que o participante poderá receber serão o de participar em uma Intervenção Baseada em Mindfulness para a Saúde - 8 semanas, de forma virtual. Os programas de mindfulness são reconhecidas por pesquisas acadêmicas por favorecer um nível mais elevado de consciência, inteligência emocional e autocompaixão, maior habilidade para enfrentar ambientes adversos resultando em maior resiliência, e maior efetividade ao exercício de liderança de enfermeiros. Sua participação pode ajudar os pesquisadores a entender melhor se a Intervenção Baseada em Mindfulness que será oferecida neste estudo aumentará os níveis de inteligência emocional, autocompaixão e resiliência dos participantes.

Privacidade e confidencialidade: todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo

Acesso a resultados da pesquisa: os pesquisadores poderão informar para você os resultados da pesquisa quando ela terminar, se você quiser saber, por meio de solicitação realizada por e-mail ao pesquisador principal ou pesquisador responsável

Custos envolvidos pela participação da pesquisa: você não terá custos para participar desta pesquisa; se você tiver gastos com exames, transporte e alimentação, inclusive de seu acompanhante (se necessário), eles serão reembolsados pelo pesquisador. A pesquisa também não envolve compensações financeiras, ou seja, você não poderá receber pagamento para participar.

Consentimento do participante

Ao assinalar a opção “Concordo”, a seguir, você declara que entendeu como será realizada a pesquisa, que tirou as dúvidas com a pesquisadora e aceita participar, sabendo que pode desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Você autoriza a divulgação dos dados obtidos neste estudo, mantendo em sigilo sua identidade. Pedimos que salve em seus arquivos este documento, e informamos que enviaremos uma via deste Termo de

Concordo (☐)

Não concordo (☐)

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

ANEXO 1

Questionário de Saúde do Paciente – 9 (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança ou perspectiva.	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia.	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite.	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em ferir-me a mim próprio/a de alguma forma.	0	1	2	3

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Nenhuma dificuldade	
Alguma dificuldade	
Muita dificuldade	
Extrema dificuldade	

Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.

() sim

() não

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco	0	3
b. Bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) Nunca 1 ou 2 Mensalmente Semanalmente Diariamente ou substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes/semana	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam,	0	1	2	3	4

lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

• Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões.

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes/semana	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack	0	1	2	3	4
e. Anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4
i. Opióides	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes/semana	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack	0	1	2	3	4
e. Anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4
i. Opióides	0	1	2	3	4

j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4
----------------------------------	---	---	---	---	---

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes/semana	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack	0	1	2	3	4
e. Anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4
i. Opióides	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1.**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	Nunca	1 ou 2 vezes/semana	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack	0	1	2	3	4
e. Anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4
i. Opióides	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?	Nunca	1 ou 2 vezes/semana	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
k. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
l. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
m. Maconha	0	1	2	3	4
n. Cocaína, crack	0	1	2	3	4
o. Anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
p. Inalantes	0	1	2	3	4
q. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4
r. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4
s. Opióides	0	1	2	3	4
t. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

j. outras – especificar:

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

ANEXO 3

Teste de Auto Relato de Inteligência Emocional de Schutte

Instruções:

Cada um dos itens abaixo apresenta uma afirmação sobre as suas emoções ou reações associadas a essas emoções. Por favor leia cada um deles e assinale com um círculo a opção de resposta que traduz o que, no geral, é verdade para você, em relação a cada afirmação.

Assinale:

"1" se você discorda totalmente com a descrição a seu respeito;

"2" se você discorda parcialmente;

"3" se você não concorda, nem discorda;

"4" se você concorda parcialmente com a descrição a seu respeito; e

"5" se você concorda totalmente que a afirmativa representa suas emoções ou reações.

Não há respostas certas ou erradas. Por gentileza, marque a resposta que melhor descreve suas emoções ou reações.

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo parcialmente

3 = Não concordo nem discordo

4 = Concordo parcialmente

5 = Concordo totalmente

1	Eu sei quando falar acerca dos meus problemas pessoais com outras pessoas.	1	2	3	4	5
2	Quando eu enfrento um problema, lembro-me das ocasiões em que enfrentei problemas semelhantes e consegui resolvê-los.	1	2	3	4	5
3	Eu espero me sair bem na maioria das coisas que tento fazer.					
4	As pessoas acham fácil confiar em mim.					
5	Eu acho difícil entender as mensagens não-verbais de outras pessoas.	1	2	3	4	5
6	Alguns dos eventos principais da minha vida me levaram a reavaliar o que é importante e o que ou não é importante para mim.	1	2	3	4	5
7	Quando o meu humor muda, eu percebo novas possibilidades.	1	2	3	4	5
8	Emoções são uma das coisas que fazem a minha vida valer a pena.	1	2	3	4	5
9	Eu tenho consciência das minhas emoções quando eu as sinto.	1	2	3	4	5
10	Eu espero que coisas boas aconteçam.					

11	Eu gosto de compartilhar as minhas emoções com outras pessoas.	1	2	3	4	5
12	Quando eu experimento uma emoção positiva, eu sei como fazê-la durar mais.	1	2	3	4	5
13	Eu organizo eventos que outras pessoas gostam.	1	2	3	4	5
14	Eu procuro atividades que me fazem feliz.					
15	Eu tenho consciência das mensagens não-verbais que transmito aos outros.	1	2	3	4	5
16	Eu me apresento de maneira que cause boa impressão aos outros.					
17	Quando eu estou de bom humor, acho fácil resolver problemas.	1	2	3	4	5
18	Ao olhar a expressão facial das pessoas, eu consigo reconhecer as emoções que as pessoas estão experimentando.	1	2	3	4	5
19	Eu sei porque é que as minhas emoções mudam.	1	2	3	4	5
20	Quando estou de bom humor, sou capaz de ter novas ideias.	1	2	3	4	5
21	Eu tenho controle sobre as minhas emoções.	1	2	3	4	5
22	Eu reconheço facilmente as minhas emoções quando as vivencio.	1	2	3	4	5
23	Eu me motivo quando imagino bons resultados nas tarefas que assumo.	1	2	3	4	5
24	Eu elogio os outros quando fazem algo bem feito.					
25	Eu identifico as mensagens não-verbais que outras pessoas enviam.	1	2	3	4	5
26	Quando outra pessoa me fala sobre um evento importante na sua vida, eu quase que sinto como se tivesse vivido aquilo	1	2	3	4	5
27	Quando sinto uma mudança nas minhas emoções, eu tenho a tendência a ter novas ideias.	1	2	3	4	5
28	Quando eu enfrento um desafio, eu desisto porque acredito que vou falhar.	1	2	3	4	5
29	Eu sei o que as outras pessoas estão sentindo só de olhar para elas.	1	2	3	4	5
30	Eu ajudo as outras pessoas a se sentirem melhor quando estão tristes.	1	2	3	4	5
31	Eu uso o bom humor para me ajudar a continuar enfrentando os obstáculos.	1	2	3	4	5
32	Eu posso dizer como as pessoas estão se sentindo, ouvindo o tom da sua voz.	1	2	3	4	5
33	É difícil para mim entender o porquê das pessoas se sentirem como elas sentem.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

ESCALA DA AUTO-COMPAIXÃO

Por favor, leia atentamente antes de responder.

Para cada frase marque o número que indica com que frequência você se comporta da forma descrita.

Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” (QN), e 5 significa “quase sempre” (QS). Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Quase nunca (QN)				Quase sempre (QS)
1	2	3	4	5

Por favor, para cada frase, marque com um “X” a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico “pra baixo”, não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					

13. Quando fi co “pra baixo”, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					
14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					
17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por difi culdades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico “pra baixo”, tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

ANEXO 5

ESCALA DE RESILIÊNCIA CONNORS & DAVIDSON PARA O BRASIL

Por favor indique até que ponto concorda com as afirmações abaixo, enquanto se aplicam à sua realidade e as si mesmo, pensando no mês passado?

Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

		Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro
1	Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.					
2	Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.					
3	Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.					
4	Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.					
5	Os sucessos do passado me dão confiança para entender novos desafios e dificuldades.					
6	Eu tento ver o lado humorístico das coisas					

	quando estou com problemas.					
7	Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.					
8	Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.					
9	Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.					
10	Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.					
11	Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.					
12	Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.					
13	Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.					
14	Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.					

1 5	Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.					
1 6	Eu não desanimo facilmente com os fracassos.					
1 7	Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades na vida.					
1 8	Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.					
1 9	Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.					
2 0	Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.					
2 1	Eu sei onde quero chegar na vida.					
2 2	Eu sinto que tenho controle					

	sobre minha vida.					
2 3	Eu gosto de desafios.					
2 4	Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.					
2 5	Eu tenho orgulho das minhas conquistas.					

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO DAS CINCO FACETAS DE MINDFULNESS

Instrução: Por favor, **circule a resposta** que melhor descreva a frequência que as sentenças são verdadeiras para você.

- 1 = Nunca ou raramente verdadeiro
 2 = Às vezes verdadeiro
 3 = Não tenho certeza
 4 = Normalmente verdadeiro
 5 = Quase sempre ou sempre verdadeiro

		Nunca ou raramente verdadeir o	Às vezes verdadeir o	Não tenho certez a	Normalment e verdadeiro	Quase sempre ou sempre verdadeir o
1	Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento	1	2	3	4	5
2	Sou bom para encontrar palavras que descrevam meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3	Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5
4	Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.	1	2	3	4	5
5	Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.	1	2	3	4	5

6	Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.	1	2	3	4	5
7	Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5
8	Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.	1	2	3	4	5
9	Eu observo meus sentimentos sem me perder neles.	1	2	3	4	5
10	Eu digo a mim mesmo que não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
11	Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções	1	2	3	4	5
12	É difícil encontrar as palavras para descrever o que eu estou pensando.	1	2	3	4	5
13	Eu me distraio facilmente.	1	2	3	4	5

1 4	Eu acredito que alguns de meus pensamentos são sendo maus ou anormais e eu não deveria pensar dessa forma.	1	2	3	4	5
1 5	Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5
1 6	É difícil encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.	1	2	3	4	5
1 7	Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5
1 8	Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.	1	2	3	4	5
1 9	Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu dou “um passo para trás” e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.	1	2	3	4	5
2 0	Eu presto atenção aos sons, tais como	1	2	3	4	5

	o tic-tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.					
2 1	Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.	1	2	3	4	5
2 2	Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não encontro as palavras certas.	1	2	3	4	5
2 3	Parece que funciono no “piloto automático” sem muita consciência do que estou fazendo.	1	2	3	4	5
2 4	Quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.	1	2	3	4	5
2 5	Eu digo a mim mesmo que não deveria pensar da forma como estou pensando.	1	2	3	4	5
2 6	Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5
2 7	Mesmo quando me sinto muito aborrecido, consigo me expressar em palavras.	1	2	3	4	5

28	Eu realizo atividades apressadamente e sem estar realmente atento a elas.	1	2	3	4	5
29	Geralmente, quando eu tenho pensamentos ruins ou aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles	1	2	3	4	5
30	Eu julgo algumas de minhas emoções como más ou inapropriadas, e eu não deveria senti-las.	1	2	3	4	5
31	Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.	1	2	3	4	5
32	Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5
33	Quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.	1	2	3	4	5
34	Eu realizo atividades apressadamente	1	2	3	4	5

	e sem estar realmente atento a elas.					
3 5	Eu me julgo como bom ou mau de acordo com os pensamentos que tenho.	1	2	3	4	5
3 6	Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.	1	2	3	4	5
3 7	Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.	1	2	3	4	5
3 8	Eu me pego fazendo as coisas sem prestar atenção a elas.	1	2	3	4	5
3 9	Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5

ANEXO 7

ESCALA DE LIDERANÇA RESSONANTE - OBSERVADOR

(Cummings et al., 2010)

Ao responder às seguintes questões, por favor considere o líder formal da sua unidade, na qual você trabalha a maior parte do seu tempo.

Por favor, indique seu nível de concordância com as seguintes afirmações.

O líder da minha unidade:

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Busca receber feedback, ainda que às vezes seja difícil de ouvi-lo.					
2. Atua com base em valores, ainda que tenha um custo mesmo que isso tenha um custo pessoal.					
3. Foca nos sucessos ao invés de focar nas falhas					
4. Apoia o trabalho em equipe para alcançar objetivos/resultados.					
5. Enfrenta calmamente situações estressantes.					
6. Escuta ativamente, reconhece e então responde às solicitações e preocupações.					
7. Ajuda ativamente os outros a melhorarem seu desempenho.					
8. Resolve efetivamente os conflitos que surgem.					
9. Faz com que eu me sinta engajado em trabalhar em prol de uma visão compartilhada.					
10. Possibilita que eu tenha liberdade para tomar decisões importantes no trabalho.					