

Entendimento de Psicólogos Clínicos Brasileiros Sobre Mindfulness

Mariana Ladeira de Azevedo¹

¹*Universidade Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, SC, Brasil.*

Luciana Dutra-Thomé²

²*Universidade Federal da Bahia,
Salvador, BA, Brasil.*

Carolina Baptista Menezes¹

¹*Universidade Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, SC, Brasil.*

Resumo: A prática de mindfulness tornou-se um tema relevante devido às evidências de sua eficácia para o tratamento de muitas condições de saúde, especialmente as de saúde mental, que suscitaram o interesse de clientes e psicoterapeutas quanto a sua aplicação clínica. No entanto, não há dados sobre o conhecimento de mindfulness por parte de psicólogos clínicos, o que afeta diretamente a habilidade de utilizar ou recomendar práticas baseadas na técnica. Este estudo, de levantamento descritivo, exploratório e transversal, buscou caracterizar o conhecimento sobre mindfulness descrito por psicólogos clínicos brasileiros. Participaram do estudo 417 psicólogos de diferentes abordagens e estados brasileiros, que responderam a um questionário online. Dados quantitativos foram analisados por frequências, proporções e teste qui-quadrado. Para dados qualitativos, utilizou-se o método de classificação hierárquica descendente. Dessa maneira, foram identificadas cinco classes de descrição de mindfulness: ausência de conhecimento, efeitos, abordagem terapêutica, técnicas e definição operacional. Concluiu-se que os resultados refletem a necessidade de integrar o tema na formação acadêmica em psicologia, capacitando mais o psicólogo para fornecer adequadamente ao cliente informações, recomendações ou aplicação de mindfulness no contexto da prática clínica.

Palavras-chave: Conhecimento, Prática Profissional, Psicologia, Atenção Plena.

Understanding of Brazilian Clinical Psychologists About Mindfulness

Abstract: The practice of mindfulness has become a relevant topic due to the evidence of its effectiveness for treating many health conditions, especially those of mental health, which aroused the interest of clients and psychotherapists regarding its clinical application. However, there is no data on the knowledge that clinical psychologists have about mindfulness, which directly affects their ability to use or recommend practices based on the technique. This descriptive, exploratory, and cross-sectional study aimed to characterize the knowledge about mindfulness described by Brazilian clinical psychologists. A total of 417 psychologists from different approaches and Brazilian states, which answered an online questionnaire, participated in the study. Quantitative data were analyzed by frequencies, proportions, and chi-square test. For qualitative data, the descending hierarchical classification method was used. Thus, five classes of mindfulness description were identified: lack of knowledge, effects, therapeutic approach, techniques, and operational definition. In conclusion, the results reflect the need to integrate the theme in professional training in psychology, better training the psychologist to adequately provide the client with information, recommendations, or application of mindfulness in the context of clinical practice.

Keywords: Knowledge, Professional Practice, Psychology, Mindfulness.

Comprensión de los Psicólogos Clínicos Brasileños Sobre la Atención Plena

Resumen: La práctica de atención plena ha cobrado relevancia debido a la evidencia de efectividad para muchas afecciones de salud, sobre todo de salud mental, la cual despertó el interés de clientes y psicoterapeutas con respecto a su aplicación clínica. Sin embargo, no existen datos sobre el conocimiento que tienen los psicólogos clínicos sobre la atención plena, lo que incide directamente en la capacidad de utilizar o recomendar prácticas basadas en esta práctica en el contexto clínico. Este estudio descriptivo, exploratorio y transversal tuvo como objetivo caracterizar el conocimiento sobre atención plena descrito por psicólogos clínicos brasileños. En este estudio participaron 417 psicólogos de diferentes enfoques y estados brasileños quienes respondieron un cuestionario en línea. Los datos cuantitativos se analizaron por frecuencias, proporciones y prueba de chi-cuadrado. Para los datos cualitativos se utilizó el método de clasificación jerárquica descendente. Como resultado, se identificaron cinco clases de descripción de atención plena: falta de conocimiento, efectos, enfoque terapéutico, técnicas y definición operativa. Se concluye que los resultados muestran la necesidad de integrar el tema en la formación académica en psicología, ofreciendo más capacitación al psicólogo para proporcionar al cliente información, recomendaciones o aplicación de la atención plena en el contexto de la práctica clínica.

Palabras clave: Conocimiento, Práctica Profesional, Psicología, Atención Plena.

Mindfulness, mais comumente traduzido para o português como atenção plena, é um termo amplo que pode ser conceituado sob múltiplas perspectivas. Enquanto construto, uma de suas concepções contemporâneas está representada no trabalho de Langer e Moldoveanu (2000), considerando-o um processo cognitivo ativo de perceber novidades. Ao realizar o processo, a pessoa se situa no presente, tornando-se mais sensível, flexível e adaptável ao ambiente. Mindfulness também gera maior abertura a novas informações, o que permite a percepção de perspectivas diferentes na solução de problemas. Esse não é um processo cognitivo “frio”: ativamente processar novas distinções envolve o indivíduo como um todo, ou seja, a percepção do ambiente, a sensação de presença e a ampliação da consciência para múltiplas perspectivas (Langer, 2014; Langer & Moldoveanu, 2000). Mindfulness é apresentado em oposição ao *mindlessness* – uma forma limitante de agir no piloto automático, formada por categorizações rígidas que orientam a percepção das coisas e situações sob uma perspectiva única, restringindo a visão do contexto e resultando em inflexibilidade (Langer, 2014; Langer & Beard, 2017).

Outra concepção de mindfulness apresenta uma perspectiva filosófica de origem oriental, fundamentada

na tradição budista. No coração do sistema de meditação budista, existe uma disciplina chamada mindfulness (*sati*) (Bodhi, 2011), apresentada como um caminho para o alívio do sofrimento por meio do treinamento de uma forma de atenção: um método de observação ativa e de consciência lúcida do corpo, dos sentimentos, da mente e dos fenômenos mentais. Na filosofia budista, as quatro nobres verdades propostas por Buda podem ser consideradas como analogias ao diagnóstico, etiologia, prognóstico e plano de tratamento para uma condição: (a) existe sofrimento; (b) a origem do sofrimento é o desejo ou apego; (c) o fim do sofrimento é a eliminação do desejo, a aceitação; e (d) o caminho para o fim do sofrimento consiste em oito diretrizes éticas, conhecidas como Nobre Caminho Óctuplo. Mindfulness configura-se como uma destas oito diretrizes (Bodhi, 2011; Germer, 2016; Olendzki, 2016).

A partir da perspectiva filosófica budista, surge uma outra perspectiva conceitual e contemporânea de mindfulness enquanto construto, entendido como um estado de consciência que envolve componentes como: propósito e intencionalidade; atenção à experiência interna e externa que acontece momento a momento; e o cultivo de atitudes como curiosidade, paciência, aceitação, abertura e não

julgamento da experiência (Pires, Nunes, Demarzo, & Nunes, 2016; Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007). Sob esse ângulo, mindfulness é frequentemente considerado como tanto um estado quanto um traço psicológico, chamado de mindfulness disposicional, associado a processos cognitivos adaptativos e de regulação emocional (Tomlinson, Yousaf, Vittersø, & Jones, 2018).

Sob uma perspectiva prática e contemporânea, mindfulness foi incorporado ao contexto de saúde por meio de programas clínicos de intervenção, chamados programas baseados em mindfulness (*mindfulness-based programs* [MBP]). Com base na filosofia budista, Jon Kabat-Zinn (2011) propôs um protocolo sistematizado e secularizado de técnicas e princípios fundamentados em mindfulness, com o objetivo de tornar acessível ao ocidente conhecimentos e práticas para o alívio do sofrimento advindos de filosofias orientais. Tal protocolo, chamado *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), foi oferecido no contexto hospitalar como um treinamento grupal breve, composto de oito sessões, com frequência de uma sessão por semana e duração de três horas, em média, por sessão. Em cada encontro, foram ensinadas técnicas baseadas em mindfulness e elementos de psicoeducação, e os participantes realizaram o treino diário dessas técnicas entre as sessões para desenvolver as habilidades e atitudes envolvidas em mindfulness. Assim, a manutenção do aprendizado e a continuidade do treinamento se mantiveram mesmo após o término do programa. Esse modelo também possibilitou a inserção de mindfulness no contexto científico, oferecendo uma estrutura aderente aos métodos de pesquisa, com ensaios clínicos randomizados para validação de eficácia (Kabat-Zinn, 2011; Segal, Williams, & Teasdale, 2012).

Com resultados promissores, os MBP passaram a ser difundidos, originando outros programas específicos para diversas condições de saúde, em especial de saúde mental (Lustyk, Chawla, Nolan, & Marlatt, 2009). Uma meta-análise contemplando 1,140 participantes de 39 estudos indicou que MBP tiveram eficácia moderada na redução de sintomas de ansiedade e depressão (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Também foram verificadas mudanças positivas relacionadas a hábitos alimentares em 68 estudos que utilizaram MBP, argumentando-se que estes são promissores quanto à redução da compulsão alimentar e da ingestão emocional e externa (Warren,

Smith, & Ashwell, 2017). Segundo meta-análise com dados de 1,258 pacientes em nove estudos, há evidências sobre a diminuição do risco de recaída em depressão entre participantes de MBP, sugerindo sua eficácia no tratamento de pacientes com depressão recorrente, particularmente quando apresentam sintomas residuais mais severos (Kuyken et al., 2016). Bowen et al. (2014) também evidenciaram indícios da redução no risco de recaída por participantes de MBP em cuidados pós-tratamento para transtorno por uso de substância, mencionando que as práticas de mindfulness ajudam a desenvolver a capacidade de monitorar e manejar o desconforto associado a fissura, desejo ou afeto negativo.

Por sua aproximação e aplicação a desconfortos e transtornos mentais como estresse, ansiedade, depressão, compulsão alimentar, abuso de substâncias e outros (Majeed, Ali, & Sudak, 2018; Rusch et al., 2019; Wells et al., 2020), pode-se esperar que haja interesse e demanda quanto às abordagens de mindfulness por parte de clientes e psicoterapeutas. Contudo, pouco é sabido sobre o conhecimento que psicólogos clínicos possuem sobre mindfulness (seja enquanto construto, filosofia ou prática em saúde), o que afeta diretamente sua capacidade de orientar, recomendar e/ou aplicá-lo aos clientes. Este estudo, de levantamento descritivo, exploratório e transversal, buscou caracterizar o conhecimento sobre mindfulness descrito por psicólogos clínicos brasileiros.

Método

Participantes

Foram convidados a participar deste estudo 6,100 psicólogos de todas as regiões do Brasil, de várias abordagens psicoterapêuticas e diferentes nível de formação acadêmica, sem restrição quanto ao sexo. Destes, 601 responderam ao questionário, representando uma taxa de resposta de aproximadamente 10%. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (idade superior a 18 anos, ter graduação concluída em Psicologia, ter registro ativo em um dos 23 Conselhos Regionais de Psicologia [CRP], declarar atuação em psicologia clínica), formou-se uma amostra não-probabilística por conveniência de 417 psicólogos, superior à amostra mínima esperada de 361 participantes, conforme cálculo amostral para populações finitas.

Instrumentos

Foi desenvolvido para este estudo o *Questionário de conhecimento, atitude e prática de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness*, contendo 41 perguntas, que foram analisadas em outra publicação de ênfase quantitativa. Para o trabalho, foram consideradas as questões: sexo; idade; “você considera ter conhecimento sobre mindfulness?” com alternativas de respostas “sim” ou “não”; “como você classifica seu conhecimento geral sobre mindfulness?” com alternativas de resposta “inexistente”, “pouco”, “razoável”, “muito” ou “total”; e “em suas palavras, descreva o que é mindfulness”, com resposta aberta. O instrumento não especificou mindfulness sob nenhuma perspectiva conceitual ou aplicada, para evitar indução ou restrição das respostas. O questionário foi testado em duas etapas com 14 profissionais da área de saúde, com ou sem experiência ou conhecimento prévio de mindfulness. Os participantes do piloto foram excluídos da amostra da coleta dos dados.

Procedimentos

O link para acessar e preencher o questionário digital foi enviado para o endereço eletrônico da amostra, juntamente com uma carta-convite detalhando o propósito da pesquisa, ficando disponível por 50 dias entre os meses de abril e maio de 2019. As respostas à pergunta aberta foram digitadas pelos participantes, sendo que o campo de resposta possuía limite de 500 caracteres. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 3.121.121 de 21/12/2018, e todos os participantes confirmaram o Termo de Concordância antes de responder ao questionário.

Análise de dados

Os dados quantitativos de sexo, idade, conhecimento e nível de conhecimento sobre mindfulness foram analisados utilizando o software Stata (versão 14.0) para verificar frequências e proporções. A associação entre as categorias de respostas foi verificada por meio do teste de qui-quadrado (χ^2) com significância estatística de $p < 5$. Os dados qualitativos foram estudados por análise de conteúdo associada ao método de classificação hierárquica descendente (CHD), também chamado de método de Reinert, utilizando o software Iramuteq (*Interface de*

R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0.7.

Inicialmente, foram realizadas cinco rodadas de leitura do material para identificação de elementos recorrentes, revisão gramatical e ortográfica, aprofundamento da familiaridade com o conteúdo e preparação do corpus textual, ou seja, o conjunto inicial e monotemático dos textos que se pretendeu analisar – neste caso, todas as respostas à pergunta “em suas palavras, descreva o que é mindfulness”. Tais rodadas seguiram as recomendações para preparo do corpus (Camargo & Justo, 2018) e os parâmetros para importação no software (Salviati, 2017). Seguiu-se a análise lexicográfica das respostas. A frequência absoluta de palavras (f) foi analisada por meio da nuvem de palavras. Para a CHD, foi utilizada a análise simples sobre segmentos de texto (ST). Dessa forma, o corpus foi classificado em ST, resultando em partições baseadas na frequência das raízes das palavras. Como produto, as descrições de mindfulness foram agrupadas em classes que compartilham significados dos ST particionados (Camargo & Justo, 2018; Nascimento & Menandro, 2006; Salviati, 2017; Souza, Wall, Thuler, Lowen, & Peres, 2018). Os ST que compuseram cada classe foram examinados detalhadamente, apoiando-se na análise do conteúdo e identificando os temas emergentes; as classes foram nomeadas com base na teoria formulada. Por fim, foi verificada para cada classe a associação com as palavras-temas e com as variáveis categóricas sexo, idade, conhecimento e nível de conhecimento sobre mindfulness, utilizando o teste de qui-quadrado (χ^2) e significância estatística de $p < 5$.

Resultados

Do total de 417 participantes, a maioria (79.14% – 330) era do sexo feminino. As idades foram agrupadas em categorias: 14.39% (60) tinha entre 25 e 29 anos; 40.53% (169) tinha entre 30 e 39 anos; 24.70% (103) tinha entre 40 e 49 anos; e 20.38% (85) tinha 50 anos ou mais. Pouco mais da metade (55.88% – 233 “sim” versus 44.12% – 184 “não”) considerou possuir conhecimento sobre mindfulness. Não houve associação estatisticamente significativa entre conhecimento e sexo, ($\chi^2 = 15$, $gl = 1$, $N = 417$, $p = 94$), nem entre conhecimento e os grupos de idade ($\chi^2 = 6.39$, $gl = 3$, $N = 417$, $p = 69$).

O nível de conhecimento foi categorizado em: inexistente (18.47% – 77); pouco (46.76% – 195);

razoável (29.02% – 121); muito (4.32% – 18); e total (1.44% – 6). Os dados evidenciam que a maior parte dos psicólogos clínicos declarou possuir pouco conhecimento, e os que declararam possuir total conhecimento foram a minoria. Também não houve associação significativa entre nível de conhecimento e sexo ($\chi^2 = 7.65$, $gl = 4$, $N = 417$, $p = 10$) ou grupos de idade ($\chi^2 = 9.63$, $gl = 12$, $N = 417$, $p = .648$)

Utilizando inicialmente a análise de nuvem de palavras (Figura 1), que oferece uma visão geral sobre a descrição de mindfulness pelos profissionais, as dez palavras ou termos mais frequentes foram: “atenção plena” ($f = 123$); “presente” ($f = 108$); “meditação” ($f = 85$); “momento” ($f = 83$); “técnica” ($f = 79$); “atenção” ($f = 65$); “não” ($f = 57$); “estar” ($f = 55$); “prático” ($f = 53$); e “aqui e agora” ($f = 37$).



Figura 1

Nuvem de palavras da descrição de mindfulness pelos psicólogos (N = 417).

Para a análise por CHD, os 417 textos foram divididos em 419 ST, com média de 10 formas por segmento. Foram registradas 4,111 ocorrências, sendo 835 formas distintas e 493 palavras com ocorrência única. Essa análise teve aproveitamento de 84.01% (ST = 352), acima da referência mínima de 75% (Camargo & Justo, 2018), e resultou em cinco classes (Figura 2). Na primeira partição, derivaram dois *subcorpus* acerca do conhecimento de mindfulness: um conjunto indicou a falta deste, resultando na Classe 1, que recebeu o nome de “Ausência de Conhecimento”; o outro conjunto indicou a presença de conhecimento.

A partir deste, ramificou-se a segunda partição, com dois *subcorpus* sobre o tipo de conhecimento: um deles formou a Classe 5, nomeada de “Definição Operacional”, enquanto o outro, sobre conhecimento aplicado, gerou uma terceira partição. Desta, derivaram a Classe 2, chamada de “Efeitos”, e mais um conjunto sobre o formato aplicado. Este último resultou na Classe 3, nomeada “Abordagem Terapêutica”, e na Classe 4, nomeada “Técnicas”. Os exemplos de segmentos de texto característicos de cada classe são apresentados atribuindo um código (id) ao participante para preservar sua identidade.

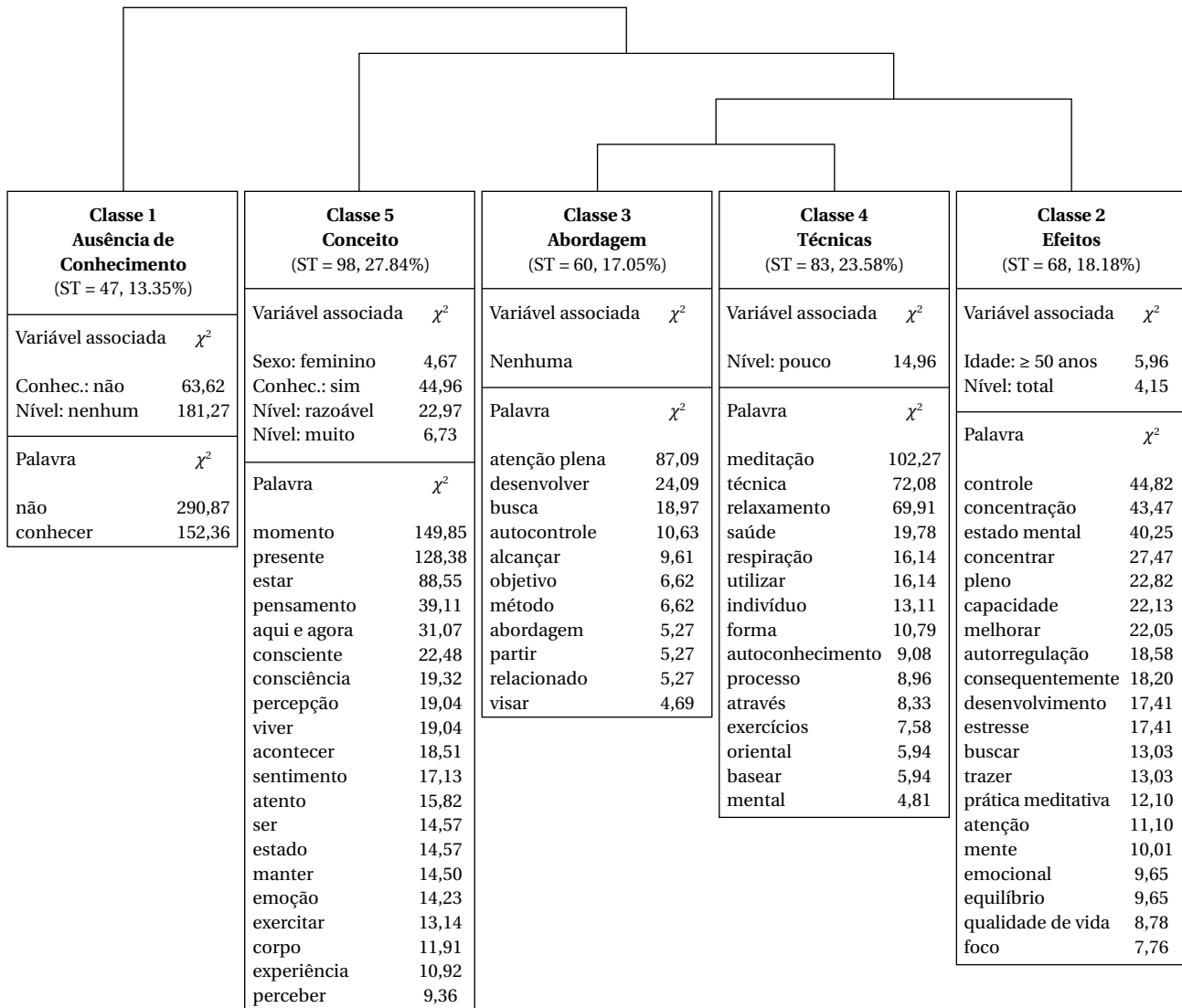


Figura 2

Dendrograma da classificação hierárquica descendente sobre a descrição de mindfulness pelos psicólogos brasileiros (N = 417, $p < 5$).

Classe 1: Ausência de conhecimento

A Classe 1 correspondeu a cerca de 13% do corpus, contendo 47 ST. O conteúdo dessa classe representou a falta de conhecimento dos psicólogos clínicos sobre mindfulness, agrupando respostas como “desconheço”, “não conheço” ou “não sei”. Essa classe está significativamente associada à categoria de conhecimento “não” e ao nível de conhecimento “nenhum”. Isso sugere congruência dos participantes que, ao selecionarem respostas que indicam a ausência de conhecimento, descreveram não saber sobre o tema.

Classe 2: Efeitos

A Classe 2 correspondeu a cerca de 19% do corpus e foi formada por 68 ST. Palavras como “controle”, “concentração”, “capacidade”, “melhorar”, “autorregulação” e “qualidade de vida” exemplificam o conteúdo relacionado aos efeitos de mindfulness segundo os participantes. Essa classe está significativamente associada ao grupo com idade equivalente a 50 anos ou mais e nível de conhecimento “total”, sugerindo que psicólogos nesse grupo de idade e/ou que consideram possuir total conhecimento sobre o tema identificam mindfulness por meio de seus efeitos.

Algumas respostas características dessa classe foram: “... método que tem como finalidade aprender a controlar a ansiedade. Pela meditação, chegar a autorregulação da atenção para controle da situação, sem afetação que desdobra para ansiedade e/ou estresse” (id100); “... capacidade que o indivíduo tem de se concentrar nas próprias experiências, controlando seu estado mental, buscando abrandar o estresse do dia a dia para melhorar suas capacidades mentais e, conseqüentemente, manter o equilíbrio emocional” (id159); “... estratégias de atenção plena para qualidade de vida e redução de estresse” (id318); e “... uma ferramenta de atuação que leva o indivíduo ao estado mental de controle sobre a capacidade de concentração” (id386). Dessa forma, os conteúdos da Classe 2 descrevem mindfulness como seus efeitos, sejam eles decorrentes da prática ou enquanto mindfulness disposicional.

Classe 3: Abordagem terapêutica

A Classe 3, formada por 60 ST, representa cerca de 17% do corpus. Palavras e termos como “atenção plena”, “objetivo”, “método” e “abordagem” sugerem um conteúdo relacionado a mindfulness enquanto abordagem ou método para obtenção de resultados em prática terapêutica. Não há variáveis significativamente associadas com essa classe.

Algumas respostas que caracterizam a classe são: “... método de meditação focada” (id101); “... uma prática de atenção plena que trabalha exercícios neurológicos com métodos que se desenvolveram a partir das práticas meditativas” (id109); “... uma metodologia que utiliza práticas meditativas orientais como meio para estar com a atenção plena no presente e também para desenvolver o hábito de estar mais presente” (id217); e “... abordagem da moda para buscar bem-estar” (id391). Os conteúdos agrupados nessa classe sugerem a percepção de um método ou abordagem nomeado “atenção plena”, que compreenderia um conjunto de técnicas organizadas e estruturadas, aplicadas para atingir um objetivo ou resultado.

Classe 4: Técnicas

O conteúdo da Classe 4 representa cerca de 24% do corpus e é formado por 83 ST. Alguns elementos que caracterizam a classe são “meditação”, “técnica”, “relaxamento”, “respiração”, “utilizar” e “exercícios”. Essa classe está significativamente associada à categoria de nível de conhecimento “pouco”, indicando que

os psicólogos que declararam possuir pouco conhecimento sobre o tema conceituaram mindfulness como técnica.

Algumas respostas que ilustram o entendimento de mindfulness nessa classe são: “... técnica de meditação através do exercício de focalização da atenção junto com forma correta de respiração. Forma de tratamento principal e ou complementar para bem de saúde integral” (id161); “... técnica de meditação de origem budista que vem sendo apropriada pelo ocidente, deslocando a técnica atenção plena e respiração da filosofia que a originou. Processo de secularização da filosofia budista ou, como alguns críticos apontam, uma forma de budismo sem budismo” (id317); “... atenção plena é uma técnica meditativa aplicada por profissionais da saúde que, agregada à psicoterapia, auxilia o indivíduo a se perceber individualmente ou no meio” (id389); e “... é uma técnica de meditação ou relaxamento na qual a pessoa se coloca inteiramente presente e em uma postura de aceitação de seus pensamentos de forma incondicional e sem julgamento” (id395). Nesse sentido, os conteúdos da Classe 4 descrevem mindfulness no sentido prático, como técnicas isoladas não integradas a um conjunto ou sistema mais amplo de conceitos ou teorias, como um método ou abordagem.

Classe 5: Definição operacional

A Classe 5 compreende a maior porção do corpus (28%), incluindo 98 ST. Os termos que mais representam essa classe são “momento”, “presente”, “consciência”, “percepção” e “atento”. Ela está significativamente associada às categorias de variáveis sexo feminino, conhecimento “sim” e níveis de conhecimento “razoável” ou “muito”, sugerindo que participantes do sexo feminino tendem a descrever mindfulness como um construto. Isso também indica que psicólogos que declararam possuir moderado ou muito conhecimento sobre mindfulness o conceituaram em termos operacionais.

Uma resposta que evidencia a descrição de mindfulness enquanto definição operacional é a seguinte:

“... apropriar-se da habilidade de estar presente no momento atual vivido, algo atualmente extremamente contraditório com a cultura instituída da necessidade de saber tudo de todos e de tudo; e, assim, entrando em contato com seus

pensamentos, sentimentos, emoções, ações etc., ampliando a consciência para todas as áreas da própria vida” (id129)

Outras falas de participantes que exemplificam esse entendimento de mindfulness são: “. . . ação de estar atento de forma consciente, sem julgamento, no momento presente” (id191); “. . . estar atento ao momento presente. Viver e experimentar, momento a momento e sem julgamento, apenas com atenção e curiosidade” (id202); e “. . . é a atenção plena no momento presente. É estar consciente e atento sobre o que acontece à nossa volta, com nossas emoções e com nosso corpo” (id212). Dessa forma, os conceitos apresentados nessa classe se aproximam da ideia de uma definição operacional de mindfulness enquanto construto, qualidade mental ou mindfulness disposicional.

Discussão

Os resultados sobre a descrição de mindfulness são coerentes com a literatura, que relatou haver tanto profissionais de saúde que declaram não possuir conhecimento suficiente para conceituar mindfulness (como ocorreu na Classe 1) quanto profissionais que declaram possuir conhecimento específico, inclusive descrevendo seus efeitos (como observado na Classe 2) (McKenzie, Hassed, & Gear, 2012). Dentro do conceito de mindfulness, também foi percebida a distinção entre mindfulness como construto (Classe 5) e mindfulness aplicado, considerado tanto como técnica isolada (Classe 4) quanto de forma mais ampla, como um programa ou abordagem (de forma análoga à Classe 3) (Germer, 2016; Michalak, Steinhilber, & Heidenreich, 2020).

Quase metade (46.76%) dos psicólogos participantes declarou não possuir conhecimento de mindfulness, e cerca de 19% declarou conhecimento inexistente. A Classe 1 representou cerca de 13% do corpus textual sobre descrição de mindfulness, com psicólogos respondendo não saber ou não conhecer sobre o tema. Tal prevalência é esperada, uma vez que os estudos sobre mindfulness no Brasil ainda são recentes, com a maior parte dos estudos científicos sobre o tema sendo disponibilizados em inglês.

A Classe 2 está associada ao conhecimento total, sugerindo que psicólogos que declaram possuir total conhecimento sobre mindfulness o descrevem por meio de seus efeitos. Esse achado é sustentado por

um estudo de método misto realizado por McKenzie et al. (2012) com estudantes de medicina com e sem exposição a um MBP. Quando perguntados porque recomendariam ou ministrariam mindfulness a seus pacientes, os estudantes sem exposição declararam não saber o suficiente para expressar uma opinião sobre o tema, enquanto os alunos com exposição a mindfulness listaram motivos específicos tanto em termos práticos (como custo-benefício, evidências científicas ou benefícios relatados a partir da prática pessoal), quanto de efeitos sobre ansiedade, depressão e transtornos de abuso de substâncias.

Apesar de haver uma associação significativa entre nível de conhecimento e a descrição com base nos efeitos, todas as respostas remeteram apenas aos resultados positivos (benefícios) de mindfulness. Contudo, cabe pontuar que também há efeitos adversos e até mesmo situações de contraindicação para o uso de mindfulness ou de práticas meditativas (Cebolla, Demarzo, Martins, Soler, & Garcia-Campayo, 2017; Segal et al., 2012; Van Dam et al., 2018).

Na Classe 3, mindfulness foi caracterizado enquanto “abordagem terapêutica”. Segundo o dicionário da American Psychological Association (VandenBos, 2015), abordagem designa uma estratégia ou método particular utilizado para atingir um propósito ou objetivo, por exemplo, na prática terapêutica. Dessa forma, as descrições de mindfulness nessa classe estão associadas significativamente a palavras como “abordagem” ou “método” de psicoterapia. Embora princípios de mindfulness e conceitos teóricos da psicologia e da filosofia budista possam subsidiar teoricamente uma abordagem ou modelo psicoterapêutico, como nas psicoterapias informadas em mindfulness (*mindfulness-informed programs* [MIP]), existe um entendimento de que mindfulness, em si, não se trata de uma abordagem ou método psicoterapêutico (Chiesa & Malinowski, 2011; Crane et al., 2017; Germer, 2016).

As MIP, como a terapia de aceitação e compromisso (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016) e a terapia comportamental dialética (DBT) (Linehan, 1993), diferem-se dos programas baseados em mindfulness, formato pelo qual mindfulness ganhou popularidade e que permitiu a realização de pesquisas científicas e estudos clínicos de validação. Os MBP também são inspirados em princípios do budismo e de mindfulness, mas são formatados como programas ou protocolos clínicos de intervenção breve, consistindo

um treinamento sistemático das técnicas formais de meditação para desenvolver certas habilidades e atitudes – mindfulness disposicional –, não sendo abordagens psicoterapêuticas propriamente ditas. Exemplos de MBP são o *mindfulness-based stress reduction* (MBCR) (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985) e o *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) (Williams & Kabat-Zinn, 2011). Logo, os MBP não são modelos ou abordagens psicoterapêuticas, sendo muitas vezes referidos como intervenção complementar ao processo psicoterapêutico.

Na Classe 4, predominou o entendimento de mindfulness como técnica, no sentido do uso isolado, um recurso que pode ser usado como parte do processo psicoterapêutico ou independentemente deste, sendo a segunda classe mais representada no corpus textual. Também foi verificada a descrição de “técnica” como um exercício de meditação, respiração ou relaxamento. De fato, alguns autores identificam *meditação mindfulness* (MM) como um tipo de prática meditativa, alinhada à tradição do budismo. Contudo, essa classificação não é consenso. Existem diversos tipos de meditação, podendo ser diferenciadas em termos de processo atencional ou mecanismos cognitivos, por exemplo (Chiesa & Malinowski, 2011; Dahl, Lutz, & Davidson, 2015). Em termos de processo atencional, a *meditação concentrativa* envolve atenção focada num dado objetivo (como uma imagem), minimizando distrações; a *meditação mindful*, por sua vez, seria uma consciência aberta e não julgadora de sensações e fenômenos mentais, e incluiria um componente de metaconsciência e observação dos conteúdos do pensamento (Chiesa & Malinowski, 2011). Por outro lado, mindfulness não configura um tipo de meditação em termos de mecanismo cognitivo – seus elementos estão distribuídos em diversas famílias meditativas com elementos em comum. Por exemplo, o programa MBSR seria parte da família atencional, caracterizada pela regulação da atenção e metaconsciência. Dentro dela, o MBSR seria uma meditação do tipo *monitoramento aberto orientado a objeto*, ou seja, atenção direcionada para quaisquer pensamentos, percepções e sensações que entrem no campo da consciência. Por sua vez, o programa MBCT configura tanto na família atencional de *monitoramento aberto orientado a objeto* quanto na família desconstrutiva (autoinvestigação da experiência consciente) do tipo *insight orientado a objeto*, ou seja, um processo de autoinvestigação dos objetos

da consciência como as sensações físicas, observando como elas mudam constantemente (Dahl et al., 2015).

Outro aspecto a se considerar é a descrição feita de mindfulness como exercícios de respiração ou de relaxamento. Assim como a meditação, os exercícios de respiração são uma categoria ampla, que inclui estratégias respiratórias diversas, como respiração freio labial, respiração abdominal, respiração torácica e treinamento muscular inspiratório, podendo estar associadas ao controle da respiração, modulação de tempo, ritmo e intensidade, por exemplo (Kuppusamy, Kamaldeen, Pitani, Amaldas, & Shanmugam, 2018; Wang, Liu, Jia, & Xie, 2019; Zaccaro et al., 2018). Os exercícios respiratórios são realizados com propósitos variados, como fortalecimento muscular, oxigenação, resistência e estabilização emocional. A respiração está associada à meditação, mas não constitui uma finalidade em si nesse contexto, sendo um meio para sustentar a atenção durante a meditação, geralmente sendo tomada como um objeto atencional – uma âncora para atenção, amplamente disponível (Kabat-Zinn, 2013).

Quanto ao relaxamento, embora o termo seja empregado de forma ampla – geralmente no sentido de descontração e soltura, mas também vinculado a processos psicofisiológicos de inibição do sistema nervoso simpático, redução da tensão muscular, aumento da sensação de bem-estar e equilíbrio –, o exercício de relaxamento mais referenciado é o muscular progressivo, que consiste em retesar e descontraír progressivamente grupos de músculo, até que todos estejam relaxados (Albuquerque & Cavalcanti, 1998; Carroll & Seers, 1998; McCallie, Blum, & Hood, 2006; Seers & Carroll, 1998). Embora haja uma associação do termo relaxamento à meditação (um estado mente-corpo atento e relaxado, sem focar em algo particular) (Menezes, Pereira, Mocaiber, & Bizarro, 2016; Ricard, Lutz, & Davidson, 2014), as práticas meditativas características em mindfulness diferem do relaxamento progressivo quanto aos mecanismos (monitoramento aberto versus contração muscular) ou objeto (eventos mentais versus grupos musculares), apenas para citar breves exemplos. Ademais, estudos realizados em diversos países, incluindo Brasil, comparando os efeitos de intervenções de meditação (MBSR, MM, Zen e outros) com intervenções de relaxamento indicaram que houve efeitos benéficos advindos do relaxamento, mas que a prática de meditação implicou em efeitos adicionais como redução nos

índices de ansiedade, traço e estado e aumento da atenção concentrada (Menezes et al., 2013; Tang, Hölzel, & Posner, 2015).

Portanto, é esperado que a classe de descrição de mindfulness como técnica isolada, associada à ideia de exercícios de respiração ou relaxamento, também esteja significativamente associada à categoria de nível de conhecimento “pouco”. Talvez, a falta do conhecimento particular de mindfulness – decorrente da prática pessoal – acentue a percepção existente no senso comum de que observar a respiração, usando-a meramente como uma âncora de atenção, seja considerado análogo ao mecanismo de um exercício de respiração. Outra percepção errônea comum é perceber uma prática recorrente nos MBP, conhecida como escaneamento corporal, que consiste em observar ativamente as sensações corporais, como um exercício de relaxamento, por ser realizada em posição deitada. O mesmo pode acontecer com o termo “meditação”, quando a realização de qualquer tarefa introspectiva (mesmo que envolva intenso processo cognitivo, como planejamento de tarefas ou solução de problemas) é percebida como um exercício de meditação caso realizada numa postura sentada (ainda mais se com pernas cruzadas e de olhos fechados).

Ainda sobre a Classe 4, considerando a aplicação clínica de mindfulness, existe uma tendência quanto ao seu uso como técnica isolada associada ao processo psicoterapêutico individual, considerando-o como um dos muitos recursos de que um psicoterapeuta dispõe para atender à demanda do cliente (Michalak et al., 2020). Como já mencionado, mindfulness tem sido validado enquanto prática terapêutica no conjunto de um programa (MBP), realizado predominantemente em formato grupal, ou enquanto fundamentação de abordagens psicoterapêuticas (MIP). Dessa forma, o uso isolado de mindfulness como técnica difere do formato pelo qual a abordagem tem ganhado espaço no meio científico e no senso comum. Embora as evidências de eficácia dos MBP já sejam bem conhecidas (Alsubaie et al., 2017; Gu, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2015; Kuyken et al., 2016; Lamothe, Rondeau, Malboeuf-Hurtubise, Duval, & Sultan, 2016), os estudos para verificar a eficácia do uso isolado de técnicas na clínica ainda são escassos, e tal tendência tem se mostrado recente no meio psicoterapêutico. Portanto, a concepção de mindfulness como técnica isolada talvez esteja relacionada ao pouco conhecimento sobre as evidências e os métodos de pesquisa relacionados a mindfulness.

Por fim, a Classe 5 apresentou uma definição operacional de mindfulness pelos psicólogos. O construto tem sido conceituado tanto como traço quanto como estado psicológico (Tomlinson et al., 2018), não havendo uma definição operacional acordada, sendo também definido tanto unidimensionalmente (mindfulness) como multidimensionalmente (observar, descrever, aceitar, não julgar, curiosidade, atenção, consciência) (Pires et al., 2016; Van Dam et al., 2018). Apesar disso, a definição de mindfulness mais utilizada foi proposta por Jon Kabat-Zinn (2013): cultivar a consciência ao prestar atenção, de forma intencional e sem julgamento, à experiência que surge no momento presente. As palavras apresentadas nessa classe – “consciência”, “estar”, “atento”, “experiência”, “pensamento”, “emoção”, “corpo”, “momento”, “presente” – se assemelham à definição de Kabat-Zinn, talvez indicando ser essa a principal referência usada para conceituar mindfulness pelos psicólogos que declararam nível de conhecimento razoável ou muito. Sugere-se que a maior parte dos psicólogos que apresentaram essa descrição tiveram acesso a conteúdos sobre mindfulness dentro do escopo contemporâneo dos MBP, mais do que sob a perspectiva cognitiva de Ellen Langer ou a perspectiva filosófica do budismo. Isto posto, corre-se o risco de ignorar que existem variados tipos de mindfulness, e que diferentes definições operacionais fundamentam diferentes instrumentos de mensuração do construto, que são disponíveis para uso no contexto clínico, necessitando-se compreender a variedade conceitual para que haja adequação epistemológica àquilo que se pretende mensurar.

Faz-se necessário ressaltar que a busca por práticas meditativas (incluindo as análogas ao mindfulness) e outras chamadas práticas integrativas e complementares (PIC) é expressiva por parte da população, e que o tratamento de condições de saúde mental constitui um dos motivos mais relevantes dessa busca (Cramer et al., 2016; Jonge et al., 2018). Apesar disso, a oferta das PIC no sistema de saúde ainda é restrita, e a inserção da temática na formação acadêmica e especializada em saúde também é inicial e limitada (Tesser, Sousa, & Nascimento, 2018). Como os programas de intervenção baseados em mindfulness são essencialmente desenvolvidos para prevenção ou manejo de transtornos mentais, além do potencial para promoção da qualidade de vida e do bem-estar, é possível que eles despertem curiosidade em parte

da população. Logo, é relevante que profissionais que lidem com saúde mental possuam conhecimento para orientar seus clientes quanto à aplicação de mindfulness em um formato baseado em evidências: em que casos os MBP são recomendados ou contraindicados, como acessar esse tipo de serviço, como integrar ou não essa prática na psicoterapia, o que se pode esperar dessas intervenções, e até como atuar colaborativamente durante o tratamento, caso mindfulness seja ministrado de forma complementar à psicoterapia (McKenzie et al., 2012; Michalak et al., 2019). Dessa forma, as implicações deste estudo relacionam-se à reflexão sobre o processo de formação e capacitação dos profissionais. Por meio das classes identificadas, é possível compreender, pela concepção dos psicólogos clínicos, os temas necessários ou já presentes relacionados a mindfulness. É possível propor alinhamentos teóricos e metodológicos para a elaboração e/ou disponibilização de recursos e conteúdos visando informar e capacitar profissionais sobre esse tema, que tem continuamente ganhado espaço na mídia e na prática clínica.

Limitações e implicações

Este estudo apresenta limitações relativas à amostra não-probabilística, o que impede a generalização dos resultados a toda a população de psicólogos brasileiros. Contudo, a pesquisa abrangeu todas as regiões do país, sendo um ponto de partida para futuros estudos sobre caracterização do conhecimento de psicoterapeutas sobre mindfulness. Outra limitação decorrente do método amostral está relacionada à saliência de tópico: por se tratar de uma amostra por conveniência, um possível viés de seleção

indica que psicólogos mais interessados pelo tema seriam mais propensos a responderem à pesquisa. Contudo, o e-mail de convite contendo o acesso para o formulário indicou aos participantes que não havia necessidade de conhecer o tema e que seria uma boa oportunidade para expressar sua opinião pessoal sobre mindfulness. Ademais, quase metade dos respondentes declarou não possuir conhecimento prévio e mais da metade declarou nível de conhecimento “nenhum” ou “pouco”, podendo indicar interesse pelo tema, mas não restringindo a participação conforme o nível de conhecimento do respondente.

Considerações finais

É necessário conhecer para orientar e usar. A busca da população por práticas meditativas para aliviar o sofrimento e promover o bem-estar já existe, e a perspectiva é de que aumente. Um entendimento claro sobre as diversas perspectivas de mindfulness (“o que é” e “o que não é”) favorece a orientação sobre seu significado, bem como a recomendação ou uso enquanto prática, estabelecendo uma ação colaborativa para atender à demanda do cliente. A prática da psicologia clínica está pautada em princípios éticos e científicos, e cabe ao profissional se apropriar dos saberes para auxiliar o cliente em sua demanda. A ação colaborativa também inclui as entidades formadoras, regulatórias e de serviço saúde, que devem estar aptas, disponíveis e responsivas a orientar e capacitar os profissionais, atuando efetivamente no apoio metodológico, científico e legal, fomentando a abertura ao diálogo e considerando novas perspectivas no amplo e complexo contexto de saúde – quem sabe, tornando-se mais *mindful* e menos *mindless*.

Referências

- Albuquerque, M. C. S., & Cavalcanti, M. D. S. L. (1998). Relaxamento: Uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(1), 35-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000100004>
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
- Bodhi, B. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 19-39. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>

- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ*. Universidade Federal de Santa Catarina. <http://tinyurl.com/4sknfnau>
- Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 476-487. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00551.x>
- Cebolla, A., Demarzo, M., Martins, P., Soler, J., & Garcia-Campayo, J. (2017). Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLOS ONE*, 12(9), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404-424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Cramer, H., Hall, H., Leach, M., Frawley, J., Zhang, Y., Leung, B., Adams, J., & Lauche, R. (2016). Prevalence, patterns, and predictors of meditation use among US adults: A nationally representative survey. *Scientific Reports*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.1038/srep36760>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515-523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Germer, C. K. (2016). Mindfulness: O que é? Qual é a sua importância? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2a ed., pp. 2-36). Artmed.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2a ed.). Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Jonge, P., Wardenaar, K. J., Hoenders, H. R., Evans-Lacko, S., Kovess-Masfety, V., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Dinolova, R. V., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M. ... Thornicroft, G. (2018). Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: Results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(6), 552-567. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000774>
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190. <https://doi.org/10.1007/BF00845519>
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised and updated edition). Bantam.
- Kuppusamy, M., Kamaldeen, D., Pitani, R., Amaldas, J., & Shanmugam, P. (2018). Effects of Bhramari Pranayama on health – A systematic review. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 8(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2017.02.003>
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Langer, E. J. (2014). *Mindfulness* (25th anniversary edition). Da Capo Press.

- Langer, E. J., & Beard, A. (2017). Mindfulness in the age of complexity. In D. Goleman, E. Langer, S. David, C. Congleton, & membros do Harvard Business Review, *Mindfulness* (pp. 1-25). Harvard Business Review Press.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00148>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lustyk, M. K. B., Chawla, N., Nolan, R. S., & Marlatt, G. A. (2009). Mindfulness meditation research: Issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Advances in Mind-Body Medicine*, 24(1), 20-30.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51-66. https://doi.org/10.1300/J137v13n03_04
- McKenzie, S. P., Hassed, C. S., & Gear, J. L. (2012). Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. *Explore*, 8(6), 360-367. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.003>
- Menezes, C. B., Couto, M. C. D. P., Buratto, L. G., Erthal, F., Pereira, M. G., & Bizarro, L. (2013). The improvement of emotion and attention regulation after a 6-week training of focused meditation: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2013/984678>
- Menezes, C. B., Pereira, M. G., Mocaiber, I., & Bizarro, L. (2016). Brief meditation and the interaction between emotional interference and anxiety. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322216>
- Michalak, J., Crane, C., Germer, C. K., Gold, E., Heidenreich, T., Mander, J., Meibert, P., & Segal, Z. V. (2019). Principles for a responsible integration of mindfulness in individual therapy. *Mindfulness*, 10, 799-811. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01142-6>
- Michalak, J., Steinhaus, K., & Heidenreich, T. (2020). (How) Do therapists use mindfulness in their clinical work? A study on the implementation of mindfulness interventions. *Mindfulness*, 11, 401-410. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0929-9>
- Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 72-88.
- Olendzki, A. (2016). Glossário de termos em psicologia budista. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2a ed, pp. 319-327). Artmed.
- Pires, J. G., Nunes, M. F. O., Demarzo, M. M. P., & Nunes, C. H. S. S. (2016). Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: Uma revisão. *Avaliação Psicológica*, 14(3), 329-338. <https://doi.org/10.15689/ap.2015.1403.04>
- Ricard, M., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2014, 1 de novembro). Neuroscience reveals the secrets of meditation's benefits. *Scientific American*, 311(5), 38-45. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1114-38>
- Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., & Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1445(1), 5-16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>
- Salviati, M. E. (2017). *Manual do aplicativo Iramuteq*. Planaltina. <http://tinyurl.com/45nsp8bf>
- Seers, K., & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 466-475. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00538.x>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2a ed.). Guilford Press.
- Souza, M. A. R., Wall, M. L., Thuler, A. C. M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1-7. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tesser, C. D., Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 174-188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>

- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23-43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36-61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2a ed.). American Psychological Association.
- Wang, Y.-Q., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 717-732. <https://doi.org/10.1111/jocn.14696>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272-283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Wells, R. E., Seng, E. K., Edwards, R. R., Victorson, D. E., Pierce, C. R., Rosenberg, L., Napadow, V., & Schuman-Olivier, Z. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(3), 207-225. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1715212>
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564811>
- Williams, M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.
- Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., & Gemignani, A. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>

Mariana Ladeira de Azevedo

Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC. Brasil.

E-mail: mariana_azevedo@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6499-3270>

Luciana Dutra-Thomé

Doutora em Psicologia e Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador – BA. Brasil.

E-mail: lucianaduth@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9629-467X>

Carolina Baptista Menezes

Doutora em Psicologia e Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC. Brasil.

E-mail: menezescarolina@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0099-0633>

Endereço para envio de correspondência:

Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Engenheiro Agrônomo Andrei

Cristian Ferreira, 240-432, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Bloco B, Sala 11-B, Carvoeira. CEP: 88036-020.

Florianópolis – SC. Brasil.

Recebido 19/01/2022

Aprovado 10/01/2023

Received 01/19/2022

Approved 01/10/2023

Recibido 19/01/2022

Aceptado 10/01/2023

Como citar: Azevedo, M. L., Dutra-Thomé, L., & Menezes, C. B. (2024). Entendimento de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003260183>

How to cite: Azevedo, M. L., Dutra-Thomé, L., & Menezes, C. B. (2024). Understanding of Brazilian clinical psychologists about mindfulness. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003260183>

Cómo citar: Azevedo, M. L., Dutra-Thomé, L., & Menezes, C. B. (2024). Comprensión de los psicólogos clínicos brasileños sobre la atención plena. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003260183>