



ARTIGO ESPECIAL

Ambulatório de mindfulness e promoção da saúde: relato de experiência



Vera Lúcia Morais Antonio de Salvo^a, Érika Leonardo de Souza^a,
Vinicius Terra Loyola^a, Marcelo Batista de Oliveira^a, Marcio Sussumu Hirayama^a,
Maria Lúcia Favarato^a, Daniela Ferreira Araújo Silva^a, André Martins Monteiro^a,
Leandro dos Reis Lucena^a, Patricia Silveira Martins^a,
Ricardo Monezi Julião de Oliveira^a, Tatiana Berta Otero^a,
Javier Garcia Campayo^b e Marcelo Marcos Piva Demarzo^{a,*}

^a *Mente Aberta - Brazilian Center for Mindfulness and Health Promotion, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil*

^b *Máster en Mindfulness, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, Espanha*

Recebido a 20 de maio de 2016; aceite a 5 de setembro de 2016

Disponível na Internet a 25 de novembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Mindfulness;
Promoção da saúde;
Autocuidado

KEYWORDS

Mindfulness;
Health promotion;
Self-care

Resumo O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência e o perfil dos usuários do ambulatório de *mindfulness* e promoção da saúde de uma universidade pública. O perfil dos participantes foi obtido a partir da aplicação de diferentes escalas psicométricas (BDI, SUBI, MAAS e EUROQOL 5 D), bem como informações sociodemográficas e de saúde. A descrição da experiência do ambulatório foi realizada a partir da técnica SWOT. Nesta amostra, o perfil encontrado foi predominantemente feminino, com plano de saúde e assistência médica regular. Apesar dos problemas relatados, a percepção subjetiva de qualidade de vida ficou acima da média. Pertencer a uma universidade pública, contar com equipe multiprofissional e facilitadores de distintas formações em *mindfulness*, além de local de fácil acesso, são pontos fortes deste ambulatório, bem como a alta prevalência de ansiedade e depressão, que podem oportunizar a expansão desta atividade.

© 2016 Mindfulness & Compassion. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Outpatient clinic of mindfulness and health promotion: experience report

Abstract The aim of this study was to describe the experience and the profile of users of an outpatient clinic of Mindfulness and health promotion from a public University in Brazil. The profile of the participants was obtained from the application of different psychometric scales (BDI, SUBI, MAAS and EUROQOL 5 D), as well as socio-demographic and health information. The

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: marcelodemarzo@gmail.com (M.M. Demarzo).

description of the experience of the clinic was held from the SWOT technique. In this sample, the profile found was predominantly female, with health insurance and medical care. Despite the problems reported, the subjective perception of quality of life was above average. Belong to a public University, rely on multidisciplinary team and facilitators of different configurations in mindfulness, plus easily accessible location are strengths of this clinic, as well as the high prevalence of anxiety and depression, which can enhance the expansion of this activity.

© 2016 Mindfulness & Compassion. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A promoção da saúde pode ser compreendida de forma multidisciplinar, integrada, objetivando mudanças na assistência à saúde, bem como na gestão local de políticas públicas e está associada a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, entre outros (Carvalho, 2008).

A promoção à saúde moderna constitui, nos dias de hoje, um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo (Carvalho e Gastaldo, 2008); pode ainda ser compreendida como qualidade de vida e bem-estar na sociedade (Demarzo, 2012).

A promoção da saúde envolve ainda o desenvolvimento de habilidades individuais que podem permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde; o que se relaciona com o empoderamento, um dos conceitos estruturantes da promoção à saúde e autocuidado. Os programas de *mindfulness* vêm de encontro à promoção da saúde, pois têm como princípio o desenvolvimento de *autonomia e empoderamento das pessoas* por meio do treinamento da atenção plena (Demarzo, 2015), podendo aumentar a autoeficácia em saúde do indivíduo, definida como crença que uma pessoa pode ter sobre sua capacidade de organizar e executar uma ação para um comportamento bem-sucedido, objetivando resultado específico (Silva e Lautert, 2010). Essa crença impulsiona o indivíduo para a ação. Assim, apesar da compreensão da magnitude do conceito de promoção de saúde e tudo o que ela envolve além do indivíduo, optou-se, neste trabalho, por focar a promoção de saúde no âmbito individual, no contexto de autocuidado e autoeficácia.

Programas de autocuidado baseados em *mindfulness*

A palavra *mindfulness* (traduzida como *atenção plena*) pode ser definida como uma característica ou estado psicológico, ou ainda exercícios e práticas as quais são, em sua maioria, derivadas de práticas meditativas tradicionais, adaptadas principalmente do Zen Budismo, do ioga, e da tradição Vipassana (Demarzo, 2015), nos quais se foca a atenção na atividade realizada no momento presente (Keng, Smoski e Robins, 2011).

A definição mais tradicional de *mindfulness* é a de Kabat-Zinn (1982), como uma habilidade metacognitiva de prestar atenção de forma intencional, no momento presente, sem julgamento. A partir dessa definição muitas outras surgiram; algumas das definições mais recentes são de Chadwick et al.

(2008), que divide *mindfulness* em 4 componentes: 1) consciência descentrada; 2) sustentar e permitir que a atenção repouse mediante situações cognitivas difíceis ou que gerem sofrimento; 3) aceitação de pensamentos e imagens difíceis; e 4) permitir que aspectos cognitivos de difícil manejo passem sem reação por parte da pessoa. Já Feldmann, Hayes, Kumar, Greeson e Laurenceau (2007) traduzem *mindfulness* como sendo a vontade e capacidade para ser igualmente presente em todos os eventos e experiências com discernimento, curiosidade e gentileza.

A partir do conceito de *mindfulness* foram criados protocolos de intervenções baseados para aplicação em populações clínicas. O primeiro desses protocolos foi o *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*, na década de 80, desenvolvido por Kabat-Zinn, na Universidade de Massachusetts, para intervenção em população que apresentasse níveis elevados de estresse.

De acordo com Ludwig e Kabat-Zinn (Ludwig e Kabat-Zinn, 2008), o programa baseado em *mindfulness* pode influenciar a capacidade do indivíduo em se recuperar de deficiências e doenças, diminuindo a percepção da intensidade da dor; aumentando a capacidade de tolerar a dor ou incapacidade; reduzindo o estresse, ansiedade ou depressão; reduzindo o consumo e, desse modo, minimizando efeitos adversos de analgésicos, ansiolíticos ou medicação antidepressiva; reforçando a capacidade de refletir sobre escolhas em relação a tratamentos médicos; melhorando a aderência ao tratamento medicamentoso; aumentando a motivação para a mudança de estilo de vida que envolve dieta, atividade física, relações interpessoais, além da cessação do fumo e outros comportamentos não saudáveis; e promovendo alterações nas vias biológicas que afetam a saúde (sistema nervoso autônomo, sistema imunológico e função neuroendócrina).

Pesquisas sugerem que as intervenções baseadas em *mindfulness* tem efeitos positivos em casos de depressão (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska e Rakel, 2013; Howells, Ives-Deliperi, Horn e Stein, 2012), além de ansiedade e estresse (Gotink et al., 2015; Khoury et al., 2013).

Mindfulness e atenção primária à saúde

Os custos para tratamento de doenças são elevados; no caso da saúde mental inclusive, o tratamento farmacológico agrega inúmeros efeitos colaterais indesejáveis. Neste sentido, promover a saúde utilizando um programa baseado

em *mindfulness* tem o potencial de ser custo efetivo, promovendo efeitos diretos e indiretos na saúde do indivíduo.

Os grupos de *mindfulness* (atenção plena) e promoção da saúde do departamento de medicina preventiva desta universidade pública são voltados a pacientes com níveis prejudiciais de estresse e/ou portadores de doenças crônicas como ansiedade, depressão, hipertensão, diabetes, obesidade, câncer e dor crônica de origem diversa. O programa é desenvolvido ao longo de 8 semanas, uma vez por semana por aproximadamente 2 horas, para vivência e trocas de experiências sobre as técnicas de *mindfulness*, baseadas em exercícios para focar a atenção no presente.

O programa de *mindfulness* ofertado está baseado em elementos do programa MBSR (Demarzo, 2011), em que são trabalhados os exercícios da «uva passa», a atenção plena na respiração breve (3 minutos), bem como a versão completa, o «escaneamento» corporal e os movimentos corporais com atenção plena, consideradas as principais técnicas de *mindfulness*.

Apesar da relevância do tema, dos resultados promissores desta ferramenta como adjuvante de tratamento e promoção da saúde, são escassos os estudos sobre o perfil de participantes de programas baseados em *mindfulness* no Brasil. Assim, objetivou-se descrever a experiência e o perfil dos usuários do ambulatório de *mindfulness* e promoção da saúde de uma universidade pública.

Método

Trata-se de um relato de experiência, que utilizou, para descrição do ambulatório, a análise SWOT, que é um acrônimo das palavras *Strengths*, *Weakenesses*, *Opportunities* e *Threats*. Ela é dividida em 2 partes: o ambiente externo à organização (oportunidades e ameaças) e o ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos). Serve como orientação estratégica, permitindo amenizar o eliminar de fraquezas; identificar oportunidades a partir de seus pontos fortes; corrigir pontos fracos em que se vislumbre oportunidades potenciais, monitorando pontos fortes a fim de, futuramente, não ser alvo de riscos e incertezas (Travassos e Vieira, 2011).

O universo amostral foi constituído por pacientes provenientes do ambulatório de promoção de saúde de uma universidade pública de São Paulo. Todos os pacientes que participaram do ambulatório de promoção de saúde, no período de junho de 2014 até junho de 2015, foram selecionados para fazer parte deste estudo.

Para ingressar no ambulatório, os candidatos são previamente triados no ambulatório de saúde da família, a partir de entrevista clínica, com psicólogo, a fim de verificar se podem ingressar no programa. São excluídas todas as pessoas em fase aguda de depressão e esquizofrenia, que apresentem transtornos psicóticos, ou que estejam fazendo uso de medicamentos que causem prejuízos cognitivos, atencionais e de concentração.

Aqueles não elegíveis à participação são encaminhados a outros setores da universidade para tratamento, caso não estejam recebendo acompanhamento. Aos que se enquadraram nos critérios de inclusão é ofertada uma palestra introdutória, com duração de aproximadamente uma hora, em que se fornece esclarecimentos sobre *mindfulness* e como

será conduzido o programa. Ao final da mesma e novamente no primeiro encontro, apresenta-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada um dos participantes. Aos que concordam participar da pesquisa, são entregues, no primeiro e último encontro, bem como a cada 6 meses do término do programa, uma série de questionários de auto-preenchimento (os mesmos questionários utilizados ao longo do acompanhamento) a fim de avaliar condições de saúde, o estado de *mindfulness*, adesão às práticas e outras características importantes para o acompanhamento do impacto do programa ao longo do tempo. O preenchimento dos questionários requer em média 40 minutos, e é realizado até o início do programa (*baseline*) e no último dia do mesmo (para avaliação pós intervenção), presencialmente ou *online*.

Instrumentos

Foram utilizados, para caracterização da amostra, avaliação da saúde física, psicológica, estado de *mindfulness* e qualidade de vida, os seguintes instrumentos:

- *Questionário sociodemográfico e de perfil epidemiológico*: contendo características sociodemográficas como idade, sexo, assistência médica e problemas de saúde, física ou mental.
- *Inventário de depressão de Beck (BDI)*: instrumento de medida de intensidade de depressão composto por uma escala de autorrelato, de 21 conjuntos de itens, cada um com 4 alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escores de 0-3 (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961). Este instrumento foi validado no Brasil por Cunha (2001), com 5.000 casos.
- *Subjective Well-Being Inventory (SUBI)*: instrumento de avaliação de autorrelato, que mede o grau de bem-estar subjetivo de um indivíduo em relação a várias preocupações do cotidiano (Nagpal e Sell, 1985).
- *Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)*. A MAAS apresenta uma estrutura unidimensional com 15 itens, sendo a escala de *mindfulness* mais utilizada nas pesquisas internacionais sobre o tema e está validada para o Brasil (Barros, Kozasaka, Souza e Ronzania, 2015).
- *EUROQOL 5D* é uma medida padronizada de estado de saúde, desenvolvida pelo grupo EuroQol para fornecer uma medida simples, genérica da saúde para avaliação clínica e econômica. É composto por um sistema descritivo e uma escala analógica visual. Este instrumento compreende 5 dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor, desconforto e ansiedade depressão. Cada dimensão tem 3 níveis: sem problemas, alguns problemas, problemas graves (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013).

Análise dos dados

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis contínuas, mediante medidas de tendência central e dispersão e das variáveis categoriais em frequência. Foram realizadas correlações de Pearson entre as escalas BDI, de SUBI e MAAS, bem como as correlações entre a nota que o paciente deu para a saúde como um todo (EUROQOL 5D) com os escores das demais escalas. O nível de significância adotado foi de

Tabela 1 Características dos participantes (n = 46)

Tabela 1 Características dos participantes (n = 46)		
Sexo*		
Feminino	33	71,7
Masculino	13	28,3
Plano de saúde*		
Sim	34	73,9
Não	12	26,1
Idade (anos) (DP)		
≤ 48	21	47,7 (6,3)
> 48	23	52,3 (6,7)
Acompanhamento médico regular*		
Sim	28	60,9
Não	18	39,1
Presença de doença*		
Psiquiátrica/psicológica	19	47,5
Endócrina/metabólica	21	52,5
Neurológica	03	5,4
Outras	13	23,2

* Frequências e porcentagens.
DP: desvio padrão.

$p < 0,05$. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS for Windows 22.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, EUA).

Este trabalho passou pelo comitê de ética da universidade e foi aprovado com o número de CAE: 43093115.8.0000.5505.

Resultados

O número de respondentes foi de 46 pessoas, sendo a maioria do gênero feminino (71,7%), adultos e conveniados com algum plano de saúde particular. Dentre as condições clínicas que os participantes apresentavam, destacaram-se doenças relacionadas a condições psiquiátricas (33,9%), como depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade e esquizofrenia; e as condições endócrinas e metabólicas (37,5%), como hipotireoidismo e climatério. Os dados sociodemográficos da população foram dispostos na [tabela 1](#).

A [tabela 2](#) indica as médias e desvios-padrão das escalas utilizadas. O BDI apresentou uma média de 11,9 pontos (depressão leve para moderada), o SUBI de 18,7, e o MAAS de 3,5. Além disso, as correlações encontradas foram fortes e significativas entre as escalas SUBI e BDI ($r = -0,77$, $p < 0,01$). Foram encontradas correlações positivas entre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo ($r = 0,54$; $p > 0,001$), e

Tabela 2 Média e desvio padrão dos escores de escalas psicométricas

	Média	DP	SMin	SMax
BDI	11,9	9,3	0	33,0
SUBI	18,7	3,1	12,0	24,0
MAAS	3,5	1,2	1,6	8,7

DP: desvio padrão; SMax: score máximo; SMin: score mínimo.

correlações negativas entre a qualidade de vida e os escores de depressão ($r = -0,51$; $p > 0,001$).

Na [tabela 3](#) apresenta-se o percentual dos níveis de gravidade nos 5 domínios do EUROQOL 5 D. Dor/mal-estar e ansiedade e depressão foram os problemas mais frequentemente relatados. Quanto a nota que foi dada para a saúde como um todo, a média encontrada foi 69,23 ($\pm 17,89$; valor mínimo 29 e 100). Essas notas foram divididas em quartis, sendo encontrada a nota 60 no percentil 25, a nota 70 no percentil 50 e a nota 84,25 no percentil 75. Apesar dos problemas relatados pelos pacientes, a percepção subjetiva da qualidade de vida está acima da média.

Verifica-se na [tabela 4](#) a análise SWOT do ambulatório de autocuidado e promoção de saúde baseado em *mindfulness*, em que se verificam 2 oportunidades, 2 ameaças, 5 pontos fortes e igual número de pontos fracos.

Realizando-se a análise cruzada do SWOT foi possível fazer as seguintes combinações:

Forças X ameaças: a multiplicidade de protocolos em *mindfulness* pode comprometer o número de pessoas avaliadas para análise dos resultados.

Forças X oportunidades: neste momento, *mindfulness* vem sendo alvo da mídia em geral, promovendo o maior acesso das pessoas ao programa, ainda que motivadas muitas vezes pela curiosidade apenas.

Fragilidades X ameaças: a falta de políticas públicas dificulta o acesso e, principalmente, o encaminhamento de pacientes pelos próprios profissionais do atendimento primário à saúde ao ambulatório, por desconhecimento do serviço ou pelo encaminhamento não fazer parte da rotina.

Fragilidades X oportunidades: a utilização da mídia pode aumentar o número de pessoas curiosas que procuram o serviço, tornando necessária a utilização de instrumentos de triagem mais específicos, bem como critérios de exclusão rigorosamente definidos, a fim de atingir o público-alvo.

Tabela 3 Porcentagem dos níveis de gravidade nos 5 domínios do EUROQOL 5 D, (n = 45)

Fator	Sem problema (%)	Algum problema (%)	Problema grave (%)
Mobilidade	77,8	22,2	0
Cuidados pessoais	91,1	8,9	0
Atividades habituais	66,7	33,3	0
Dor/mal-estar	33,3	62,2	4,4
Ansiedade/depressão	28,9	57,8	13,3

Tabela 4 Análise SWOT do ambulatório de *mindfulness* e promoção de saúde*Análise externa**Oportunidades*

Utilização da mídia para captação de público-alvo
Aumento da prevalência de depressão e ansiedade na população, bem como excesso de peso e outras doenças crônicas

Ameaças

Multiplicidade de visões para cuidados integrativos, falta de políticas públicas
A falta de conhecimento sobre a ferramenta e os trâmites utilizados pode gerar falsas expectativas sobre condutas, procedimentos e resultados, derivados da própria condição clínica dos participantes, que podem ter uma escuta parcial das informações fornecidas

*Análise interna**Forças*

Pertencer a uma universidade pública, possuir uma equipe multiprofissional, contar com instrutores de diferentes formações em *mindfulness* para ofertar esta ferramenta em diferentes formatos segundo característica do grupo; a maior parte dos pacientes triados no ambulatório procura o serviço, realmente, com a expectativa de alcançar alívio para suas dores físicas ou emocionais, melhora na saúde e maior qualidade de vida
Espaço físico

Fragilidades

Não preenchimento ou preenchimento incompleto das escalas; heterogeneidade do grupo quanto às características clínicas; faltas dos participantes ao longo do programa e no *follow-up*
Falta de comprometimento com o processo e desmotivação quanto a realização das práticas em casa, pois só dependem do próprio participante e requerem disciplina

Discussão

A procura pela atenção primária à saúde apresenta uma discrepância entre os gêneros (Figueiredo, 2005), devendo a escassa presença masculina, 28,3% neste estudo, ser motivada, em parte, por barreiras sócio-culturais, onde o cuidado é visto como prática feminina e o autocuidado poderia ferir a imagem de virilidade masculina, além do medo da descoberta de alguma doença grave (Gomes, Nascimento e Araujo, 2007).

A intensidade e a duração da depressão determinam a gravidade da mesma, sendo a depressão leve, normalmente acompanhada por 5 sintomas, e a moderada acompanhada por mais de 5 sintomas (Santiago e Holanda, 2013). Em média, a população caracterizou-se com nível leve a moderado de depressão, segundo BDI, o que já poderia comprometer a qualidade de vida dos participantes.

A prevalência de depressão é 2-3 vezes mais frequente em mulheres (Weissman, Bland e Canino, 1996). Neste estudo, a maioria da população era do gênero feminino, apresentava idade superior a 48 anos e uma das condições clínicas mais prevalentes foram as psiquiátricas (33,9%), representadas especialmente por ansiedade e depressão.

Andrade et al. (2012), em estudo de transtornos mentais em grandes cidades, a partir de uma amostra representativa de 5.037 adultos, verificaram que o transtorno mais comum foi a ansiedade afetando 19,9% da amostra.

Em estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais na atenção primária, Gonçalves et al. (2014) encontraram uma prevalência de depressão entre 21,4-31% nas diferentes capitais.

Silva, Brito, Chein, Brito e Navarro (2008), avaliando mulheres climatéricas em ambulatório do Maranhão, encontraram alta prevalência de depressão (34,5%). Já Nieves, Furegato, Iannetta e Santos (2006), avaliando 30 mulheres atendidas em ambulatório, também utilizando o BDI,

identificaram sintomas depressivos aumentados na faixa etária dos 40-49 anos.

As condições endócrinas e metabólicas tendo como principal doença o hipotireoidismo estiveram presentes em 37,5% dos avaliados. Embora os estudos sejam controversos e com pequeno número de participantes, há concordância de que pequenas mudanças dos níveis de hormônios tireoidianos em pacientes com depressão apresentam efeitos significativos no funcionamento cerebral, e 15% ou mais dos pacientes deprimidos apresentam insuficiência tireoidiana mínima, sem a presença de hipotireoidismo sistêmico (Bahls e Carvalho, 2004). Pequenas alterações na tireoide (hipotireoidismo subclínico) frequentemente se associam à depressão (Romaldini, Sgarbi e Farah, 2004). Por outro lado, nesta faixa etária, e com maioria de gênero feminino, se espera uma maior prevalência de tireopatia (Bensenor, Olmos e Lotufo, 2012).

As pessoas relataram, em média, bons níveis de bem-estar subjetivo (BES) apesar das questões de saúde levantadas. O conceito de BES é complexo e contempla, segundo Siqueira e Padovam (2008), 2 perspectivas em psicologia: a que se baseia nos estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos e outra, que se apoia na cognição e nas avaliações de satisfação com a vida em geral. O BES abarca ainda o bem-estar psicológico, que, por sua vez, contempla: autoaceitação, relacionamento positivo com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (Ryff e Keyes, 1995), além do bem-estar no trabalho. Desta forma, a avaliação isolada desta escala poderia trazer conclusões equivocadas a respeito do bem-estar relatado pelos participantes; preferindo-se, então, buscar correlação com as demais escalas utilizadas.

A atenção, avaliada de acordo com a MAAS, foi, em média, considerada baixa, levando-se em consideração o ponto de corte 4,22, a partir de amostra de adultos americanos (Brown e Ryan, 2008).

Observou-se correlação inversa entre o bem-estar subjetivo e o BDI; resultado esperado, uma vez que estar deprimido compromete o bem-estar.

Pelo padrão da população que compôs este instrumento, 80% declarou não ter problemas em nenhuma das dimensões estudadas, com exceção das mulheres, sendo que dentre aqueles que apontaram problemas de saúde, à semelhança deste estudo, porém em menor frequência, dor/mal-estar, seguido de ansiedade e depressão foram os mais relatados com 25,4 e 15%, respectivamente (Ministerio de Sanidad, 2014).

A partir da análise SWOT, no que se refere a fraquezas e fragilidades, para o item não preenchimento ou preenchimento incompleto de questionários, a ação proposta será a utilização de plataforma própria, para preenchimento *online*, impedindo que se avance para a questão seguinte se todos os campos não estiverem preenchidos.

A mudança física do ambulatório para outra região com diversas opções de transporte público, além de grande demanda de atenção primária em saúde, poderá aumentar o número de pessoas que procuram o serviço.

Considerações finais

Neste grupo prevaleceram usuários do gênero feminino, adultos, com plano de saúde e acompanhamento clínico regular.

SUBI e BDI apresentaram forte correlação negativa entre si. Entre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo foram encontradas correlações positivas e correlações negativas entre a qualidade de vida e os escores de depressão. Não foram encontradas correlações entre qualidade de vida e estados de *mindfulness*.

O número reduzido de participantes do estudo foi uma grande limitação para apresentação dos dados. Muitos questionários foram preenchidos de forma incorreta ou incompleta, pois eram preenchidos à mão, o que impossibilitou a utilização dos mesmos no presente estudo. Em futuro próximo todos os dados serão imputados *online*, o que garantirá o preenchimento completo de todos os instrumentos. Além disso, a população observada era bastante heterogênea, o que leva a uma interpretação mais cuidadosa dos dados, principalmente na correlação entre as escalas. Planeja-se, para futuro próximo, a intervenção em *mindfulness* para grupos mais homogêneos a partir de reorganização da triagem, alocando as pessoas de acordo com seu perfil de saúde e psicológico, além do motivo da procura pelo serviço.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

- Andrade, L.H., Wang, Y., Andreoni, S., Magalha, C., Alexandrino-Silva, C., Siu, E.R., ... Viana, M.C. (2012). o Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil, 7(2). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
- Bahls, S., & de Carvalho, G. A. (2004). A relação entre a função tireoidiana e a depressão: uma revisão. *The relation between thyroid function and depression: A review. Rev Bras Psiquiatr.*, 26(1), 41–49.
- Barros, V. V. de, Kozasa, E. H., Cristina, I., Souza, W. De, & Ronzani, T. M. (2015). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia Reflexão E Crítica*, 28(1), 87–95. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561–571.
- Bensor, I. M., Olmos, R. D., & Lotufo, P. A. (2012). Hypothyroidism in the elderly: Diagnosis and management. *Clin Interv Aging.*, 7, 97–111.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84(4), 822–848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Carvalho, A. I. (2008). Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 24(1), 4–5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100001>
- Carvalho, S. R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2029–2040. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). [Comparative Study]. *Br J Clin Psychol.*, 47(4), 451–455.
- Demarzo, M. M. P. (2012). On the Occasion of the World Mental Health Day Minding the Gap in Mental Health: The Health Promotion-Primary Care-based Solution. *Int J Prev Med.*, 3(10), 670–671. Oct.
- Demarzo, M. M. P. (2015). Mindfulness e Promoção da Saúde. *RESC.*, 2(3), e82.
- Demarzo, M. M. P. (2011). (6th ed., pp. 1–18). *Meditação aplicada à saúde. Programa Atualização em Med Família e Comunidade (6) Porto Alegre-RS: Artmed.*, 1.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (cams-r). *J Psychopathol Behav Assess*, 29(3), 177–190.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port.*, 26(6), 664–675. Nov-Dec.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105–109. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study.[Clinical Trial].
- Gomes, R., Nascimento, E. F. do, & Araújo, F. C. de. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education. *Cad Saúde Pública*, 23(3), 565–574.
- Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., et al. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: Rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica.*, 30(3), 623–632.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Frichione, G. L., & Hunink, M. G. (2015). Standardised mindfulness-based

- interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One.*, 10(4), e0124344. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>
- Howells, F. M., Ives-Deliperi, V. L., Horn, N. R., & Stein, D. J. (2012). Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: A pilot EEG study. *BMC Psychiatry.*, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-15>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry.*, 4(1), 33–47.
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.*, 31, 1041–1056.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchardeau, V., Hofmann, S.G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. [Meta-Analysis].
- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). *Mindfulness in Medicine.* *JAMA.*, 300(11), 1350–1352.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Encuesta Nacional de Salud. (2014). *España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos n.º 3.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Nagpal, R., & Sell, H. (1985). *Subjective well-being. SEARO Regional Health Papers 7.* New Delhi Regional Office for South-East Asia, World Health Organization.
- Nievas, A. F., Furegato, a. R. F., Iannetta, O., & Santos, J. L. F. (2006). Depressão no climatério: Indicadores biopsicossociais. *J Bras Psiquiatr.*, 55(4), 274–279. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400003>
- Romaldini, J. H., Sgarbi, J. A., & Farah, C. S. (2004). Disfunções mínimas da tireóide: hipotireoidismo subclínico e hipertireoidismo subclínico. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 48(1), 147–158.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *J Pers Soc Psychol.*, 69, 719–727.
- Santiago, A., & Holanda, A. F. (2013). Fenomenologia da Depressão: uma Análise da Produção Acadêmica Brasileira. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 1, 38–50.
- Da Silva, M. C. S., & Lautert, L. (2010). O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de Saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP.*, 44(1), 61–67.
- Silva, M. M., Maria, L., Brito, O., Bethânia, M., Brito, G. O., Andréa, P., & Salles, D. A. (2008). Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiquiatr RS.*, 30(2), 150–154.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem estar psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201–209.
- Travassos, P. F. da S., & Vieira, F. de O. (2011). Aplicação da análise SWOT, na preparação do processo de avaliação institucional interna (Auto-Avaliação) realizada pela IES. *Revista Eletronica de Administração*, 10(2), 1–14.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., et al. (1996). Cross-national epidemiologic of major depression and bipolar disorder. *JAMA.*, 276, 293–299.