Rev. Latino-Am. Enfermagem
2022;30:e3575
DOI: 10.1590/1518-8345.5691.3575
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE
Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artigo Original

# Efeitos do Treinamento Cognitivo de Compaixão na quebrada: estudo misto*

Flávia Cristiane Kolchraiber[1,2]
https://orcid.org/0000-0003-0686-9092
Luiza Hiromi Tanaka[1]
https://orcid.org/0000-0003-4344-1116
Lobsang Tenzin Negi (buen nombre Satya Dev Negi)[3]
https://orcid.org/0000-0002-7576-7738
Ana Cristina Atanes[4]
https://orcid.org/0000-0001-8115-7672
Káren Mendes Jorge de Souza[1]
https://orcid.org/0000-0002-5563-1569

**Destaques: (1)** Efeito positivo em contexto étnico-cultural específico e não estudado antes. **(2)** Melhora no bem-estar individual dos participantes. **(3)** Impacto positivo no engajamento comunitário para promoção do bem-estar social. **(4)** Implicação positiva na atuação sociopolítica dos voluntários considerados ativistas.

**Objetivo:** analisar os efeitos do Treinamento Cognitivo de Compaixão (CBCT®) entre pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Método:** estudo misto tipo transformativo sequencial com mesmo peso QUAL→QUAN. Grupos Focais aplicados no início (n=24) e três meses (n=11) após o CBCT®, para compreender o conhecimento dos participantes sobre emoções, (auto)cuidado e situações de estresse. A análise de conteúdo utilizou o *software WebQDA®*. Os participantes (n=65) foram randomizados em controle (n=31) e intervenção (n=34), para avaliação de autocompaixão, estresse percebido e afetos positivos e negativos em três tempos. A ANOVA fatorial mista considerou fator dentre-participantes (tempo) e entre-participantes (local e grupo). **Resultados:** idade média (37), sexo feminino (88%), solteiras (51%) e pessoas negras (77%). Emergiram, antes do curso, as categorias temáticas: "Redução do sofrimento alheio como ponte para o autocuidado consciente" e "Vulnerabilidade social como potencializadora do baixo letramento emocional". Em seguida, autocompaixão e consciência dos estados mentais para o ativismo social. A análise quantitativa demonstrou aumento significativo de autocompaixão dentre-participantes (p= 0,003); fator grupo (p< 0,001); redução do estresse percebido (p= 0,013); afetos negativos fator grupo (p= 0,005); e aumento dos afetos positivos (p< 001) dentre-participantes. **Conclusão:** o CBCT® teve efeito positivo sobre o bem-estar individual e promoveu impacto positivo no engajamento comunitário para a promoção do bem-estar social na quebrada. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-3w744z.) em abril de 2019.

**Descritores**: Compaixão; Meditação; Vulnerabilidade Social; Terapias Complementares; Promoção da Saúde; Participação Comunitária.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Meditação em Compaixão e Vulnerabilidade social: combinações possíveis para o bem-estar individual e comunitário", apresentada à Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

[1] Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.
[2] Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.
[3] Emory University, Center for Contemplative Science and Compassion-Based Ethics, Atlanta, GA, Estados Unidos da América.
[4] Bangor University, School of Social Sciences, North Wales, PG, Inglaterra.

**Como citar este artigo**

Kolchraiber FC, Tanaka LH, Negi LT, Atanes AC, Souza KMJ. Effects of Cognitively Based Compassion Training in the outskirts: A mixed study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3531. [Access month day year]; Available in: URL. https://doi.org/10.1590/1518-8345.5691.3531

## Introdução

Sob a perspectiva da determinação social, é inegável a existência de uma íntima relação entre saúde e sociedade. Desse modo, todas as análises do processo saúde-doença-cuidado devem, necessariamente, considerar as contradições e vulnerabilidades sociais, que estão na base dos problemas de saúde e o modo como as pessoas com diferentes inserções sociais acessam os recursos de cuidado profissional, popular e informal, incluindo o autocuidado[1-2].

Vulnerabilidade social é uma expressão interdisciplinar que remete ao sentido de garantia de cidadania e à fragilidade do bem-estar social, determinada por uma combinação de fatores sociopolíticos e culturais que interferem no acesso aos bens e recursos para a garantia do direito à vida com dignidade[1]. Questões como habitação, renda, fontes usuais de cuidados, redes sociais, educação, cultura, expectativas individuais e sociais de futuro são importantes determinantes sociais da saúde. Contudo, também é necessário atribuir à esfera da (re)produção social a determinação dos desgastes e fortalecimentos do processo saúde-doença-cuidado vivido pelas pessoas, que podem resultar em problemas de saúde[2-3].

Partindo da compreensão de que o cuidado é inerente ao ser humano, pode-se admitir que a vulnerabilidade social descortine um complexo processo de (não) cuidar(-se). Em contextos de dificuldades ou ausência de acesso aos direitos humanos, o abandono do cuidado pode representar a susceptibilidade da humanidade ao dano, ao sofrimento ou ao cansaço e à finitude. Não cuidar(-se) se refere à fragilidade e à insegurança inerentes aos seres humanos, as quais podem se manifestar na dimensão ontológica, ética, política, natural, cultural e social[4-5].

Visando ampliar o escopo de intervenções com enfoque terapêutico individual e especializado, novos modelos para a promoção do bem-estar de populações com especificidades etnoculturais são sugeridos[6-7]. Bem-estar, no âmbito da psicologia, compreende uma dimensão complexa e positiva da saúde que integra cognição e afeto. Trata-se de um conceito ecológico que provém de um sistema amplo de fatores intrínsecos e extrínsecos que influencia o modo ou a qualidade como as pessoas vivem ao longo da vida[8-9].

Vários estudos mostraram que o bem-estar pode atuar como um fator preventivo de doenças. Presença de felicidade e satisfação com a vida implicaram menor risco de mortalidade em populações saudáveis[9-13]. Esses resultados podem ser potencializados por meio do treinamento da mente em compaixão[14]. Compaixão é o senso de preocupação que surge quando se é confrontado com o sofrimento de outra pessoa e a motivação para aliviar o mesmo. É a compreensão do estado emocional de outras pessoas e a ação de cuidar de quem sofre. Significa, também a promoção do bem-estar de forma a desenvolver o comportamento altruísta. Quando ela é voltada para o próprio indivíduo, torna-se autocompaixão[15-18].

Recentes estudos apontam que o treinamento do cérebro em compaixão por meio de práticas meditativas resulta em alterações nas respostas bioquímicas do corpo, tais como queda dos hormônios inflamatórios do estresse e aumento dos hormônios ligados à felicidade[17,19-23]. Esse tipo de treinamento da mente amplia os domínios comportamentais, desenvolve habilidades altruístas e muda respostas neurais ao sofrimento, o que fornece evidências da neuroplasticidade no circuito subjacente à compaixão e altruísmo[24-27].

Existem inúmeras intervenções baseadas em compaixão. Programas empregados como uma estratégia efetiva de regulação emocional fora do contexto meditativo tradicional estão associados à produção endógena de afeto positivo, estimulando a resiliência ao sofrimento dos outros na população em geral ao mesmo tempo que promovem a conexão emocional e a pró-socialidade[19-21,24-28].

O *Cognitively Based Compassion Training* (CBCT®) é um programa secular para treinamento da mente em compaixão com eficácia comprovada em diferentes grupos; na sua maioria, estudantes universitários adultos ou grupos específicos em tratamento de doenças. Necessita-se, no entanto, ampliar a comprovação da efetividade com populações em situação de vulnerabilidade social. As comunidades periféricas dos grandes centros urbanos, "as quebradas", fazem parte desse escopo, e é com eles e elas que iremos desenvolver esse estudo[28-29]. O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos do Treinamento Cognitivo de Compaixão (CBCT®) entre pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Entende-se que a atual pesquisa traz contribuições teórico-práticas por sua relevância social, inovação e avanço do conhecimento científico. Também, reconhece-se sua contribuição para que pessoas em situação de vulnerabilidade social tenham acesso às práticas promotoras de bem-estar individual e coletivo.

## Método

### Delineamento do estudo

É uma pesquisa de métodos mistos do tipo transformativa sequencial e com mesmo peso entre as abordagens QUAL→QUAN. A mixagem dos dados foi realizada por meio de integração e ocorreu nos resultados e discussão. A escolha do método transformativo se justifica sob a ótica da teoria epistemológica de Paulo Freire, associada ao engajamento prévio da pesquisadora principal

nas comunidades participantes do estudo, na direção da justiça social e da valorização da cultura periférica[30-33].

A abordagem qualitativa utilizada foi a pesquisa-ação-participante com o emprego de Grupo Focal (GF) e entrevistas individuais (EI), para compreender o conhecimento dos participantes sobre sentimentos, emoções, compaixão, estresse e o curso CBCT®. Foram aplicados: GF antes e três meses após a intervenção; e EI imediatamente após o curso.

Na abordagem quantitativa, estudo randomizado e controlado comparou os benefícios da intervenção sob autocompaixão, estresse percebido, afetos positivos e afetos negativos às atividades regulares de Organizações da Sociedade Civil (OSC). As variáveis dependentes foram: autocompaixão, estresse percebido, afetos positivos e afetos negativos. As variáveis independentes foram o local e grupo. Utilizou-se um delineamento com análise entre e dentre participantes: 2 (Local: OSC vs. comunidade) X 2 (Grupo: intervenção vs. controle) X 3 (Tempo: T1 vs. T2 vs. T3). Para este artigo, utilizamos os resultados de todos os métodos acima mencionados, exceto EI de modo integrado. Essa abordagem focaliza a práxis, olhar e reflexão sobre a prática, considerando a ética e os sentimentos fundamentados[32-33].

## Cenário do estudo

O estudo foi realizado com pessoas acompanhadas e voluntárias de duas OSC, na região de Parelheiros, município de São Paulo, SP, Brasil. Trata-se de instituições que atuam em direitos humanos e estão alocadas em áreas periféricas. Essas, em parceria com cinco comunidades, cocriaram o Centro de Excelência em Primeira Infância (CEPI). Durante a criação, dificuldades foram identificadas pelo coletivo, tais como: falta de foco, autocobrança, sinais e sintomas de ansiedade e estresse para uma atuação mais efetiva e contribuição para o bem-estar. Durante o planejamento do CEPI, o cuidado para excelência foi dividido em dimensões e proposto à pesquisadora a contribuição das práticas meditativas na dimensão cuidado com o time.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente em outubro de 2018 sob o no. 2.906.902. Foi conduzido em conformidade com as recomendações CONSORT (Padrões Consolidados de Ensaios de Relatórios) para boas práticas clínicas (Figura 1), COREQ *Consolidated criteria for reporting qualitative research* e Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-3w744z.) em abril de 2019.

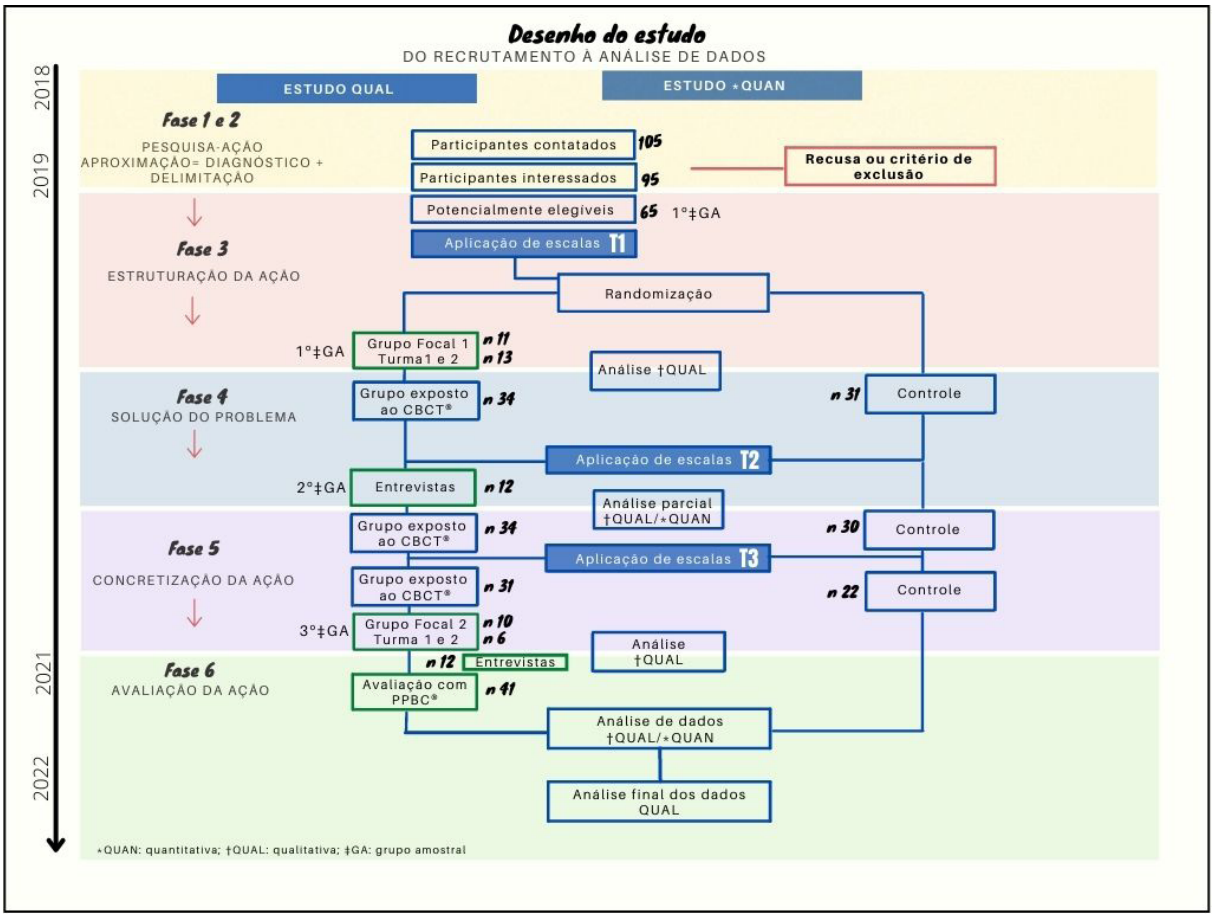



Figura 1 - Fluxograma de inclusão, alocação, seguimento e análise dos participantes, adaptado de CONSORT (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2018-2021

### Participantes, recrutamento, randomização e tamanho da amostra

As pessoas participantes potencialmente elegíveis foram recrutadas e randomizadas de maio de 2019 a junho de 2019 e contatadas pessoalmente pela pesquisadora ou voluntárias das OSC. Todas as informações sobre o estudo foram apresentadas aos participantes nos espaços da OSC ou em seus domicílios. Critérios de elegibilidade incluíram: (1) idade acima dos 18 anos; (2) sem prática em meditação; (3) moradores de uma das cinco comunidades de atuação das OSC; e (4) ou voluntárias das OSC. Os critérios de exclusão foram pessoas com doenças mentais graves em tratamento ou comprometimento cognitivo diagnosticado.

Foram convidadas 105 pessoas para participar da pesquisa e 95 demonstraram interesse, sendo que a maioria residia fora da área de abrangência do estudo. Estavam de acordo com os critérios de elegibilidade 65 pessoas, compondo a amostra final por conveniência. Depois do preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, os participantes foram divididos aleatoriamente pelo *software Randomizer* e distribuídos em grupo experimental (intervenção CBCT®) e grupo-controle (atividade das OSC).

### Materiais

*Questionário sociodemográfico e clínico*

Pré-testado com variáveis sociodemográficas e econômicas (sexo, idade, étnico-raciais, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda, número de pessoas que viviam com a renda, tempo de moradia na região, religião, procedência, vínculo empregatício) e variáveis de interesse (percepção a respeito da saúde mental e física e trauma emocional).

*Escala de Autocompaixão*[34]

Escala Likert de cinco pontos (1 = quase nunca a 5 = quase sempre) com 26 itens avaliando a autocompaixão a respeito de como as pessoas se relacionam consigo mesmas em momentos de dificuldade. Itens são divididos em seis subescalas: bondade consigo mesmo, autocrítica severa, senso de humanidade, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação. O escore geral é calculado por meio da média total das médias das subescalas após reverter os itens das subescalas negativas: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25. Quanto maior o escore, maior a autocompaixão.

*Escala de Estresse Percebido* (EEP)[35]

Escala Likert de cinco pontos (0 = nunca a 4 = com muita frequência) com 10 itens avaliando a frequência de sentimentos e pensamentos relacionados com eventos e situações ocorridos no último mês. Os itens 4,5,7 e 8 são pontuados de forma reversa e somados a todos os itens para o cálculo da pontuação total, variando de 0 a 40. Uma pontuação maior indica maior estresse.

*PANAS-X* (*Positive Affect Negative Affect Scale) Adaptado*[36]

Escala Likert de 5 pontos (0 = muito pouco ou nada a 5 = excessivamente) com 60 itens avaliando Afeto Positivo: afeto positivo básico, incluindo jovialidade, autoconfiança e atenção; Afeto Negativo: afeto negativo básico, incluindo medo, hostilidade, culpa e tristeza; e outros estados afetivos, incluindo timidez, fadiga, serenidade e surpresa.

Os escores para cada dimensão são calculados, adicionando-se as classificações de todas as emoções incluídas em cada nível e dividindo o total pelo número de emoções em cada dimensão, de modo que os escores variem de 1 a 5. Na soma, a maior pontuação para Afeto Positivo indica bem-estar subjetivo, disposição e entusiasmo, e para Afeto Negativo indica indisposição com a vida, desprazer e mal-estar subjetivo.

### Coleta de dados

*Abordagem quantitativa*

O perfil sociodemográfico-emocional das pessoas participantes foi realizado por meio de questionário autoaplicado e escalas em formato *Google Forms®.* Indivíduos com dificuldades na leitura e utilização de computador tiveram apoio. Duas estudantes de enfermagem previamente treinadas realizaram a coleta com a pesquisadora.

Foram aplicadas as escalas de Autocompaixão, PANAS-X e EEP, todas validadas em português. A aplicação ocorreu na fase inicial (T1), imediatamente após o treinamento (T2) e após 3 meses (T3) como mostra a Figura 1.

*Abordagem qualitativa*

Todos os indivíduos foram convidados a participar do GF inicial (T1) e apenas os do grupo de intervenção na T3. Turma 1 (n=11), Turma 2 (n=13) pré-randomização, Turma 1 (n=10) e Turma 2 (n= 6) 3 meses pós-intervenção. Os GFs duraram duas horas, foram audiogravados, transcritos (sem revisão dos participantes) e conduzidos por uma entrevistadora, autora desse trabalho, com roteiro pré-elaborado. Duas observadoras participaram, sendo uma delas a pesquisadora principal. As duas eram enfermeiras e com experiência nesta técnica. As entrevistas individuais, videogravadas e transcritas foram realizadas por meio de entrevistadora convidada e imediatamente após o término da intervenção (T2) n = 11. Ambas as transcrições foram validadas por pesquisadores, sendo um externo à equipe.

Foram somadas à análise as notas das observadoras e observações da pesquisadora descritas no caderno de campo durante e após a coleta de dados.

### Roteiro de perguntas norteadoras

*T1 GF - Encontro para discussão do objeto da pesquisa[37]. Como são os efeitos do estresse em você? O que é autocompaixão e autocuidado?*
*T2 Entrevista - Conversa com finalidade[38]. Como foi a experiência de participar do CBCT®? O que foi mais marcante? Mudou alguma coisa em você após o curso?*
*T3 GF - Como se sente após o treinamento em compaixão? Quais efeitos esse programa produziu em você e na comunidade?*

### Procedimentos de análise dos dados

O banco de dados final foi analisado por meio do *software* IBM SPSS®, versão 27.0. Os dados foram analisados, computando-se estatísticas descritivas (porcentagem, média, desvio-padrão, assimetria e curtose) e inferenciais (ANOVA fatorial mista). Para cada variável de interesse, a ANOVA fatorial mista considerou um fator dentre-participantes (T1, T2 e T3) e dois fatores entre-participantes (local e grupo).

O material qualitativo foi organizado no *software WebQDA®* e submetido à análise de dados categórica e temática, realizada em pares: 1) Organização do material: transcrições, observações, imagens, vídeos, notas, artigos e banco de dados quantitativo organizado por fase do estudo (Figura 1); 2) Categorização por núcleos de sentidos; 3) Interpretação: busca do significado, análise comparativa e síntese de dados[39].

### Intervenção

O CBCT® é um programa secular de meditação da compaixão baseado na cognição e desenvolve o cultivo da compaixão por meio de exercícios meditativos[28,40]. Propõe aos participantes o desenvolvimento da estabilidade da atenção e consciência da natureza da mente (módulo 1 e 2), progredindo com práticas analíticas específicas da compaixão (módulo 3 a 6).

Os módulos são: (1) Atenção no momento presente; (2) *Insight* sobre a natureza da experiência mental; (3) Cultivo da autocompaixão e autocuidado; (4) Desenvolvendo a imparcialidade e equanimidade; (5) Desenvolvendo afeto e gratidão; e (6) Compreendendo a empatia e compaixão engajada.

Os encontros foram realizados no espaço da OSC com duração de 2 horas, frequência semanal e durante nove encontros. Aconteceram em formato de roda de conversa com projeções, dinâmicas, textos para leitura e vídeos para a apropriação e diálogo sobre o conteúdo e práticas.

As pessoas participantes receberam uma apostila sobre o curso, áudios para a prática das meditações e foram encorajados a escrever sobre experiências das práticas semanais. Foi criado um grupo em rede social para a comunicação. Todos foram convidados a praticar meditações fora do horário do encontro por uma média de 15 minutos por dia. Os encontros foram audiogravados para segurança do conteúdo aplicado e fidelidade ao manual do CBCT®.

O instrutor possui certificação pelo Centro de Ciências Contemplativas e Ética Baseada na Compaixão da Universidade Emory com experiência de longa data em práticas meditativas e no ensinamento do programa.

O grupo-controle se manteve nas atividades regulares oferecidas pelas OSC, atividades físicas, oficinas de arte, leitura, culinária, permacultura e rodas de conversa. Ao final do estudo, foi oferecido o CBCT® para todo o grupo-controle.

## Resultados

Os resultados sinalizam as análises QUAL→QUAN em complementariedade e desvelaram experiências complexas, permitindo a outros pesquisadores aplicar o modelo em grupos populacionais distintos.

Para atender aos objetivos deste estudo, os resultados foram divididos em duas partes principais. Na primeira, caracteriza-se a amostra com relação às variáveis demográficas e percepção de saúde física e mental. Na segunda, são apresentadas estatísticas inferenciais, para testar o efeito da intervenção nas variáveis de interesse, bem como o aprofundamento, sob o enfoque qualitativo mediante três categorias temáticas com base em 36 códigos árvore, derivados dos dados: (1) Redução do sofrimento alheio: uma ponte para a autocompaixão e o autocuidado consciente; (2) Vulnerabilidade social como potencializadora do baixo letramento emocional; (3) Autocompaixão e consciência dos estados mentais para o ativismo social.

A curiosidade em compreender as diferentes emoções, o próprio sofrimento e o desejo de aumentar o repertório para poder ajudar/cuidar de outras pessoas foram as principais motivações para os indivíduos participarem da pesquisa. Acrescenta-se que vários participantes relataram o desejo de vencer o medo do desconhecido pelo fato de relacionarem meditação com prática religiosa.

### Caracterização da amostra

Em relação aos dados sociodemográficos e econômicos, o presente estudo contou com a participação de 65 pessoas ($n_{controle}$ = 31, $n_{intervenção}$ = 34). Estas tinham idade média de 37 anos (DP = 14,96), sendo a maioria do sexo feminino (88%), solteiras (51%) e pessoas negras (pardo e preto) (77%) conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e econômicos de pessoas acompanhadas e voluntárias de Organizações da Sociedade Civil (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

| Variável | Categoria | n | Porcentagem/ Frequência |
|---|---|---|---|
| Sexo | Masculino | 8 | 12% |
| | Feminino | 48 | 88% |
| Local | OSC | 24 | 52% |
| | Comunidade | 32 | 48% |
| Etnia | Branco | 10 | 20% |
| | Pardo | 26 | 43% |
| | Preto | 18 | 34% |
| | Amarelo | 2 | 3% |
| | Indígena | 0 | 0 |
| Estado civil | União estável | 10 | 17% |
| | Solteiro | 32 | 51% |
| | Casado | 12 | 25% |
| | Divorciado | 1 | 6% |
| | Viúvo | 1 | 1% |
| Filhos | 0 | 17 | 29,2% |
| | 1 | 17 | 23,1% |
| | 2 | 6 | 15,4% |
| | 3 | 8 | 12,3% |
| | 4 | 2 | 6,2% |
| | 5 ou mais | 9 | 14% |
| Escolaridade | EM completo | 20 | 38% |
| | EM incompleto | 4 | 8% |
| | EF completo | 4 | 6% |
| | EF incompleto | 9 | 14% |
| | Nunca frequentou escola | 3 | 5% |
| | ES completo | 6 | 11% |
| | ES incompleto | 10 | 18% |
| Emprego | Contrato temporário PF | 3 | 4% |
| | Empreendedor/PJ | 7 | 11% |
| | Não tenho | 27 | 45% |
| | Carteira assinada | 10 | 20% |
| | Sem carteira assinada | 9 | 20% |
| Renda familiar | Menor que 1 salário mínimo | 6 | 12% |
| | 1 salário mínimo | 22 | 38.5% |
| | 2 salários mínimos | 15 | 28% |
| | 3 salários mínimos | 4 | 6% |
| | Maior 3 salários mínimos | 9 | 1,5% |
| | Sem renda | 9 | 14% |

*Salário mínimo vigente = R$ 1.045,00, Brasil, 2020

Referente à percepção da amostra em relação aos aspectos físicos e emocionais, 71% das pessoas participantes se consideraram pouco ou moderadamente saudáveis, enquanto 29% se percebiam saudáveis ou muito saudáveis. Em relação aos aspectos emocionais, a maioria (65%) indicou não ter tido nenhum trauma, 26% indicou ter tido um trauma, 6% dois traumas e 3% três traumas.

Conforme mostra a Tabela 2, foram realizados cálculos de estatísticas descritivas para as variáveis de interesse (autocompaixão, estresse percebido, afetos negativos e afetos positivos) para os três momentos (T1, T2 e T3) e para os subgrupos (OSC vs. comunidade e intervenção vs. controle).

Tabela 2 - Estatísticas descritivas das variáveis autocompaixão, estresse percebido, afetos negativos e afetos positivos de pessoas acompanhadas e voluntárias de Organizações da Sociedade Civil (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

| Variável | Subgrupo | ‖ M | ¶ DP | Shapiro-Wilk sig. | Assimetria (EP) | Curtose (EP) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *AC T1 | OSC | 3,08 | 0,70 | 0,65 | -0,28 (0,44) | -0,11 (0,86) |
| | Comunidade | 2,90 | 0,59 | 0,74 | -0,24 (0,46) | -0,52 (0,89) |
| | Intervenção | 2,91 | 0,71 | 0,74 | -0,10 (0,42) | -0,52 (0,82) |
| | Controle | 3,10 | 0,56 | 0,69 | -0,06 (0,48) | 0,06 (0,94) |
| *AC T2 | OSC | 3,51 | 0,55 | 0,57 | -0,04 (0,44) | -0,57 (0,86) |
| | Comunidade | 3,15 | 0,49 | 0,39 | -0,41 (0,46) | 0,37 (0,89) |
| | Intervenção | 3,52 | 0,51 | 0,89 | 0,12 (0,42) | -0,51 (0,82) |
| | Controle | 3,09 | 0,50 | 0,87 | -0,37 (0,48) | -0,23 (0,94) |

*(continua na próxima página...)*

| Variável | Subgrupo | ‖ M | ¶ DP | Shapiro-Wilk sig. | Assimetria (EP) | Curtose (EP) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *AC T3 | OSC | 3,43 | 0,53 | 0,25 | -0,01 (0,44) | -0,79 (0,86) |
| | Comunidade | 3,10 | 0,60 | 0,94 | -0.13 (0,46) | -0,20 (0,89) |
| | Intervenção | 3,46 | 0,54 | 0,21 | 0,04 (0,42) | -0,80 (0,82) |
| | Controle | 3,02 | 0,56 | 0,47 | -0,34 (0,48) | -0,56 (0,94) |
| † EEP T1 | OSC | 21,93 | 7,21 | 0,65 | 0,21 (0,44) | -0,65 (0,86) |
| | Comunidade | 23,50 | 6,63 | 0,66 | 0,33 (0,46) | -0,48 (0,89) |
| | Intervenção | 23,48 | 7,06 | 0,54 | -0,04 (0,42) | -0,83 (0,82) |
| | Controle | 21,61 | 6,71 | 0,65 | 0,61 (0,48) | 0,40 (0,94) |
| † EEP T2 | OSC | 18,93 | 1,08 | 0,37 | 0,44 (0,44) | -0,54 (0,86) |
| | Comunidade | 19,62 | 4,55 | 0,53 | -0,17 (0,46) | -0,07 (0,89) |
| | Intervenção | 18,97 | 5,34 | 0,18 | 0,52 (0,42) | -0,08 (0,82) |
| | Controle | 19,65 | 4,98 | 0,65 | -0,31 (0,48) | -0,62 (0,94) |
| † EEP T3 | OSC | 20,39 | 6,26 | 0,39 | 0,47 (0,44) | -0,08 (0,86) |
| | Comunidade | 21,46 | 1,09 | 0,90 | -0,19 (0,46) | 0,34 (0,89) |
| | Intervenção | 19,84 | 6,27 | 0,46 | 0,41 (0,42) | 0,23 (0,82) |
| | Controle | 22,35 | 5,16 | 0,82 | 0,06 (0,48) | -0,44 (0,94) |
| ‡AN T1 | OSC | 2,48 | 0,79 | 0,51 | 0,21 (0,44) | -0,74 (0,86) |
| | Comunidade | 2,63 | 0,84 | 0,46 | 0,17 (0,46) | -0,67 (0,89) |
| | Intervenção | 2,74 | 0,84 | 0,33 | -0,10 (-,42) | -0,77 (0,82) |
| | Controle | 2,31 | 0,71 | 0,34 | 0,54 (0,48) | 0,05 (0,94) |
| ‡AN T2 | OSC | 2,11 | 0,70 | 0,002 | 0,87 (0,44) | -0,53 (0,86) |
| | Comunidade | 2,10 | 0,66 | 0,22 | 0,81 (0,46) | 1,00 (0,89) |
| | Intervenção | 2,01 | 0,71 | 0,0004 | 1,26 (0,42) | 0,67 (0,82) |
| | Controle | 2,22 | 0,61 | 0,84 | 0,25 (0,48) | 0,02 (0,94) |
| ‡AN T3 | OSC | 2,43 | 0,67 | 0,68 | -0,003 (0,44) | -0,92 (0,86) |
| | Comunidade | 2,32 | 0,90 | 0,30 | 0,63 (0,46) | 0,23 (0,89) |
| | Intervenção | 2,45 | 0,85 | 0,47 | 0,35 (0,42) | -0,26 (0,82) |
| | Controle | 2,28 | 0,64 | 0,63 | 0,05 (0,48) | -0,77 (0,94) |
| § AP T1 | OSC | 3,15 | 0,80 | 0,12 | -0,59 (0,44) | 0,26 (0,86) |
| | Comunidade | 3,00 | 0,76 | 0,01 | -0,83 (0,46) | -0,40 (0,89) |
| | Intervenção | 3,14 | 0,85 | 0,01 | -0,65 (0,42) | -0,22 (0,82) |
| | Controle | 3,00 | 0,68 | 0,07 | -0,90 (0,48) | 0,36 (0,94) |
| § AP T2 | OSC | 2,74 | 0,56 | 0,24 | -0,02 (0,44) | -0,69 (0,86) |
| | Comunidade | 2,64 | 0,64 | 0,68 | -0,31 (0,46) | -0,01 (0,89) |
| | Intervenção | 2,85 | 0,61 | 0,45 | -0,15 (0,42) | -0,78 (0,82) |
| | Controle | 2,49 | 0,53 | 0,07 | -0,81 (0,48) | -0,02 (0,94) |
| § AP T3 | OSC | 3,44 | 0,69 | 0,51 | 0,00 (0,44) | -0,03 (0,86) |
| | Comunidade | 3,18 | 0,76 | 0,26 | -0,61 (0,46) | 0,41 (0,89) |
| | Intervenção | 3,46 | 0,79 | 0,32 | -0,55 (0,42) | 0,54 (0,82) |
| | Controle | 3,11 | 0,59 | 0,14 | -0,76 (0,48) | 0,09 (0,94) |

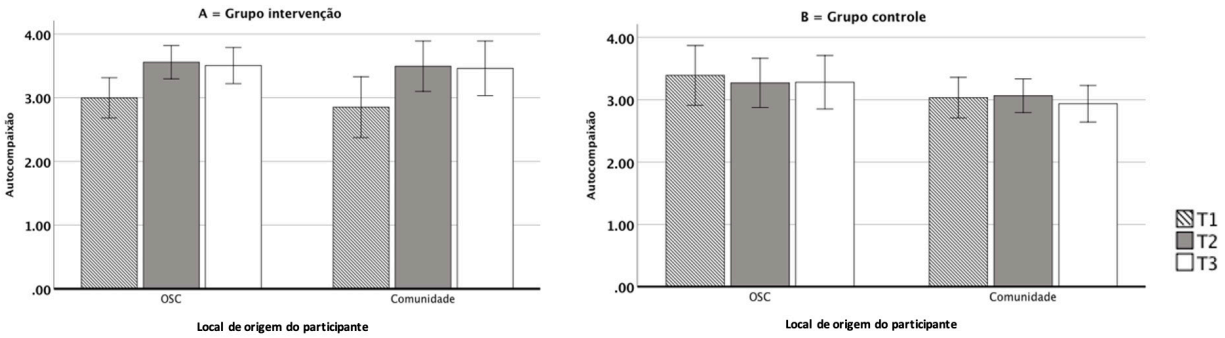
*Autocompaixão; †Escala de Estresse Percebido; ‡Afetos Negativos; §Afetos Positivos; ‖Média; ¶Desvio-Padrão

### Efeitos da intervenção segundo abordagens quantitativa e qualitativa

Para verificar o efeito da intervenção nas variáveis de interesse, bem como as diferenças entre os grupos, realizou-se uma série de ANOVAS mistas. A seguir, são apresentados os resultados destas análises, levando-se em consideração os pressupostos para esta análise paramétrica.

*Autocompaixão:* A variável autocompaixão apresentou distribuição normal nos três níveis (T1, T2 e T3). Observou-se a presença de apenas um *outlier* em T2 no grupo comunidade, optando-se por mantê-lo na análise considerando que a ANOVA é uma análise robusta em relação às pequenas violações. Houve cumprimento do pressuposto de homogeneidade, porém, a homocedasticidade foi violada. Portanto, para os efeitos dentre-sujeitos, a estatística Greenhouse-Geisser foi reportada.

Foi observada uma diferença significativa para fator dentre-sujeitos: [F(1,674, 83,701) = 7,123, p = 0,003, ηp2 = 0,13], bem como uma interação significativa com o fator grupo: [F(1,829, 83,701) = 10,61, p < 0,001, ηp2 = 0,18]. Buscando melhor compreender a interação entre autocompaixão e grupo, testes de comparações simples foram realizados. Para o grupo de intervenção, observou-se um efeito significativo em autocompaixão: [F(1,486, 44,582) = 17,35, p < 0,001, ηp2 = 0,37]. Observou-se um aumento significativo em autocompaixão entre T1 e T2 (p < 0,001), entre T1 e T3 (p = .001) conforme é mostrado na Figura 2.




Barras de erro CI95%

Figura 2 - A) Diferenças nos níveis de autocompaixão no grupo intervenção; B) Diferenças nos níveis de autocompaixão no grupo-controle de pessoas acompanhadas e voluntárias de Organizações da Sociedade Civil, grupo de intervenção e grupo-controle (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

*Redução do sofrimento alheio: uma ponte para a autocompaixão e o autocuidado consciente*

Essa categoria se baseou na percepção da autocompaixão e do autocuidado. Para as pessoas participantes, essa se deu de maneira consonante, por ajudar, cuidar e estar com as pessoas. Ressoam com a maioria o reconhecimento da consciência ancestral e a própria história de sucesso em meio às realidades hostis, à consciência política e à situação social como determinantes para a busca do autocuidado. Práticas de autocuidado foram identificadas como: amizades, leitura literária, reflexão sobre experiências cotidianas, espiritualidade, contato com a natureza, criação, práticas de respiração e relaxamento, pertencer a um coletivo, psicoterapias, expressar-se verbalmente e, por fim, sentir/permitir-se ser cuidado e o diálogo.

*Acredito que a gente está num processo de construção do ser humano. O ser humano não nasceu pronto, ele não nasceu perfeito. Então, quando a gente se nega a escutar o outro a gente não está negando o direito do outro da fala, a gente também está se negando ao processo de escuta e de construção enquanto ser humano.* (Tóquio)

*Eu sou eu, eu que vou me carregar para sempre, por mais que tenha marido, mãe, filhos e independe dessas relações. Você tem que estar bem, até para você estar bem com outras pessoas.* (Pega-pega)

*Estresse percebido:* A variável estresse percebido apresentou distribuição normal nos três níveis (T1, T2 e T3). Observaram-se a presença de apenas um *outlier* em T2 no grupo intervenção e três *outliers* em T3 nos grupos OSC e intervenção, optando-se por mantê-los na análise considerando que a ANOVA é uma análise robusta às pequenas violações. Observou-se o cumprimento do pressuposto de homogeneidade, porém, a homocedasticidade foi violada. Portanto, para os efeitos dentre-sujeitos, a estatística Greenhouse-Geisser foi reportada. A ANOVA mista 2 (Local: OSC vs. comunidade) X 2 (Grupo: intervenção vs. controle) X 3 (Estresse percebido: T1 vs. T2 vs. T3) indicou apenas uma diferença significativa no fator dentre-sujeitos: [F(1,586,

91,959) = 5,14, p = 0,013, ηp2 = 0,08]. Com redução em T1 e T2 (p = 0,003), T1 e T3 (p = 0,03).

*Vulnerabilidade social como potencializadora do baixo letramento emocional*

Essa categoria se baseou na pergunta sobre como as pessoas participantes percebem sentimentos, emoções e sensações em relação ao estresse. Foi mencionada a percepção de emoções conflituosas, sendo expressa primeiramente pela condição social vivida pela não ruptura de ciclo vicioso na história familiar, relacionamentos mal resolvidos, rotina doméstica, viver em ambiente estressante, perpetuação da violência em suas diferentes formas, excesso de atividades com expectativa de mudança de condição, no transporte público precário e o tempo gasto nele, desrespeito e injustiça social (racismo, relação de gênero, pobreza, desigualdades, ser periférico, ser visto como estressado ou com menos valia).

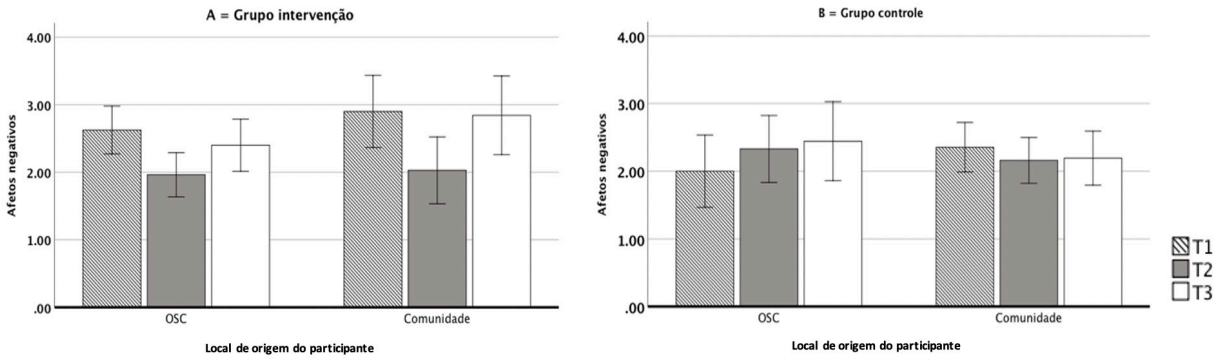
Em segundo lugar, foi expressa pela questão de não saber nomear sentimentos, emoções e sensações. Condição reconhecida pelo excesso de pensamentos, sofrimento mental, ansiedade, estresse, reatividade, silenciamento, isolamento, nervosismo, agressividade, autocobrança, irritabilidade por ser contrariado e não se sentir escutado, dores no corpo, falta de sono e na dedicação excessiva ao cuidado do/a outro/a.

*Eu sou uma pessoa que me considero estressada 24 horas. Pela questão familiar, pelo meio ambiente familiar, pela minha rotina de todos os dias. Não pelas pessoas, mas a rotina que eu tenho de acordar cedo, chegar tarde, de viajar por São Paulo para estudar.* (Araçuaí)

*Não saber nomear as coisas que a gente sente, inclusive o estresse, por não ter essa percepção do campo do sensível que é muito abstrato, que é muito subjetivo. E é uma coisa que é sempre do outro. Tem que saber qualificar no outro. A pessoa está mal-humorada hoje, ela está estressada. Saca?! Ela fez tal coisa, ela está isso. Mas quando é na gente, a gente não nomeia.* (Parati)

*Afetos negativos:* a variável apresentou distribuição normal nos três níveis (T1, T2 e T3), observou-se violação da normalidade em T2 nos grupos OSC e intervenção. Não obstante, estas não foram violações significativas, optando-se por não transformar a variável. Observou-se a presença de apenas cinco *outliers* em T2 mantidos na análise, uma vez que a remoção não implicou alteração dos resultados. Observou-se o cumprimento dos pressupostos de homogeneidade e homoscedasticidade. Realizou-se uma ANOVA mista 2 (Local: OSC *vs*. comunidade) X 2 (Grupo: intervenção *vs*. controle) X 3 (Afetos negativos: T1 *vs*. T2 vs. T3).

Observou-se uma diferença significativa no fator dentre-sujeitos: [F(2, 1000) = 5,16, p = 0,007, ηp2 = 0,09]. A interação entre afetos negativos e grupo foi significativa: [F(2, 1000) = 5,61, p = 0,005, ηp2 = 0,10]. Buscando melhor compreender a interação entre afetos negativos e grupo, testes de comparações simples foram realizados. Para o grupo de intervenção, observou-se um efeito significativo em afetos negativos: [F(2, 60) = 10,43, p < 0,001, ηp2 = 0,26]. Observaram-se uma redução significativa em afetos negativos entre T1 e T2 (p < 0,001) e um aumento significativo entre T2 e T3 (p = 0,019) conforme mostra a Figura 3.




Barras de erro CI95%

Figura 3 - A) Diferenças nos níveis de afetos negativos no grupo intervenção; B) Diferenças nos níveis de afetos negativos no grupo-controle de pessoas acompanhadas e voluntárias de Organizações da Sociedade Civil no grupo intervenção e grupo-controle (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

*Afetos positivos:* Essa variável apresentou violação da distribuição normal no nível T1 para os subgrupos comunidade, intervenção e controle; e no nível T2 para o grupo-controle. Observou-se a presença de oito *outliers* entre T2 e T3 que foram removidos. Depois da remoção, a variável apresentou distribuição normal nos três níveis. Observou-se o cumprimento dos pressupostos de homogeneidade e homoscedasticidade. Realizou-se

uma ANOVA mista 2 (Local: OSC *vs*. comunidade) X 2 (Grupo: intervenção *vs*. controle) X 3 (Afetos positivos: T1 *vs*. T2 *vs*. T3).

Observou-se um efeito significativo do fator grupo: [F(1, 51) = 7.66, p = 0,008, ηp2 = 0,16], tendo o grupo de intervenção apresentado maior média. Observou-se, também uma diferença significativa no fator dentre-sujeitos: [F(2, 82) = 33,07, p < 0,001, ηp2 = 0,45]. Observaram-se uma redução significativa entre T1 e T2 (p = 0,001) e um aumento significativo entre T2 e T3 (p < 001).

*Autocompaixão e consciência dos estados mentais para o ativismo social*

Essa categoria se baseou nos efeitos do CBCT® nas pessoas participantes e em suas comunidades. O programa foi avaliado unanimemente de maneira positiva pelo reconhecimento dos módulos no cotidiano (citado nos relatos abaixo) e pela desconstrução de pré-conceitos. Foi apontada a necessidade do curso como formação recorrente pelos seus benefícios propiciados somados a uma metodologia dinâmica, material claro, prática acessível e instrutor amoroso.

O CBCT® propiciou um espaço de diálogo para trazer assuntos comuns, estabelecer reflexões acerca do que é individual e coletivo e aprofundar no sentir/ser. Além disso, contribuiu para a redução do estresse e ansiedade e se tornou um espaço de produção de conhecimentos crítico-reflexivos. Evidenciou-se a regulação emocional pela importância de viver o momento presente, notar o funcionamento da mente e a redução de julgamentos e autoaceitação. Valorizar quem está próximo e o desejo de expandir os aprendizados em benefício próprio e no âmbito da comunidade foram apresentados como impactos na transformação social. Nesta categoria, foram desvelados sentidos de autocompaixão e autocuidado na direção do desenvolvimento da empatia e compaixão engajada:

*Você vivendo cada vez mais no presente mesmo sabendo que hoje eu sou assim, amanhã vou ser diferente, ontem eu fui outra pessoa. Isso me marcou muito na meditação.* (Pega-pega)

*Quando a gente passa a ver os nossos pensamentos que são um pouco bagunçados, então muda o modo da gente centrar todos eles e aprender a saber dialogar com que a gente tá trazendo na mente. Então ajudou também nessa parte, é isso, trazer mais foco, enxergar-se no meio da realidade que a gente vive.* (Lego)

*Um exemplo mesmo que eu também tirei e anotei foi que a gente depende sempre um do outro, a gente não pode querer somente ter compaixão de si próprio também, tem que ter compaixão do próximo, entendê-los.* (Bahia)

## Discussão

A hipótese desse estudo foi de que o CBCT® aplicado na "quebrada" melhora a autocompaixão, o estresse percebido, a percepção de sentimentos e emoções e o bem-estar individual e social de participantes e voluntárias de OSC.

Sendo o primeiro estudo a investigar os efeitos do programa sobre esse público, nossos resultados mostraram que o CBCT® foi eficaz independentemente do local de origem do participante, comunidade (pessoa acompanhada) ou voluntariado, sendo observadas correlações significativas que serão discutidas à luz do modelo teórico sobre estudos da compaixão e educação transformadora de Freire.

A amostra estudada, com base numa abordagem interseccional, evidencia o predomínio do sexo feminino, etnia autorreferida pessoa negra (pardo ou preto), em situação de desemprego, com filhos; e renda de um salário-mínimo, que são dados sociodemográficos característicos da população periférica de São Paulo-SP, Brasil[41-42]. A maioria relatou percepção da saúde física e mental como pouco ou moderadamente saudável e ausência de trauma. Segundo o modelo de resiliência de trauma, a percepção das pessoas relacionada com trauma cumulativo (colonialismo, racismo, homofobia etc.) é baixa, possivelmente por se tratar de algo que acontece diariamente de longa data[42-43].

A autocompaixão aumentou ao longo do tempo para as pessoas participantes da intervenção. Esse aumento significativo do início até a medida final do CBCT® se manteve igual após três meses do curso. O mesmo não ocorreu para o grupo-controle, que manteve o mesmo nível em todos os tempos. Sob a ótica da autocompaixão, o curso impactou os participantes positivamente. Trouxe à tona a percepção do próprio sofrimento e maneiras de aliviá-lo, sendo uma delas pela redução do sofrimento alheio como uma ponte para a autocompaixão e o autocuidado consciente.

Estudos mostram que a autocompaixão está positivamente relacionada com os vínculos sociais. A compaixão que direcionamos a nós mesmos é a que damos às outras pessoas[18,44]. A conexão com o sofrimento do/a outro/a impulsiona o grupo ao diálogo amoroso com o/a outro/a ou consigo e permite reflexões práticas para estados mais resilientes[18]. Quanto maior a autocompaixão, maior a compaixão para com os outros e maior o bem-estar e a transformação social[45-46].

Em relação ao efeito sobre a percepção das situações como estressantes, verificou-se uma redução significativa ao longo do tempo em ambos os grupos, com uma redução maior entre o tempo inicial e final do curso no grupo intervenção. A percepção de forma semelhante para todos/as sugere que o sofrimento mental é comum a todos os seres[45-46]. A conexão entre pessoas que fazem parte da mesma comunidade e têm espaços de convivência comuns pode contribuir para a redução do estresse social[47]. Outra leitura é que a vulnerabilidade social sustenta os efeitos

do estresse por mais tempo, bem como sintomas físicos e psicológicos[48].

Estudos mostram que a percepção do estresse não é necessariamente algo negativo, mas sim percepção para a autorregulação. É válido lembrar que a escala de EEP solicita ao leitor uma avaliação sobre o último mês, o que contribui para a leitura de que a vulnerabilidade social pode potencializar o baixo letramento emocional. É preciso compreender tanto a natureza da situação social quanto os meios para transformar realidades, e isso demanda tempo[49].

O afeto negativo teve uma redução significativa ao longo do tempo para o grupo CBCT® da fase inicial e final do curso, porém, um aumento entre final do curso até a medida após três meses. O reconhecimento dos módulos no cotidiano aparece nos relatos dos participantes sugerindo um caminho desafiador para a autocompaixão e transformação individual. As iniquidades estruturadas, tais como racismo, misoginia e homofobia, são como doenças no coração que levam mais tempo para serem descobertas e/ou tratadas[49-51]. Isso demanda identificar o próprio sofrimento, a percepção do mesmo e aproximação às experiências desagradáveis[52]. Com aceitação compassiva para reconhecer o sofrimento em seu estado bruto, relacionando-se com ele de forma mais consciente e permitindo a sustentação da atenção consciente e não julgadora[27,50].

Observou-se um aumento significativo do afeto positivo para o grupo de intervenção, independentemente de se pertencer à categoria de comunidade ou pessoas voluntárias. Em relação ao tempo, notou-se uma redução do início para o término do curso e aumento no período entre o fim e após três meses de intervenção. O aumento do bem-estar subjetivo em longo prazo foi relatado e associado ao autocuidado, à autocompaixão e à empatia conforme sugerem estudos[10,44]. O propósito da prática não é aumentar afetos positivos ou reduzir negativos, e sim viver o presente, indo ao encontro da sensação que surge sem criar apego ou aversão e percebendo a experiência como ela é. Estudos em populações socialmente vulneráveis mostram melhora na regulação emocional e na relação social[23,45].

As narrativas desvelaram uma auto-observação mais consciente, mais autocompassiva, além de percepções sobre mudanças de atitudes e comportamentos. Notou-se a potencialização do ser ativista social, a conexão consigo e com outros/as como motivação para que mais pessoas experimentem o mesmo com maior resiliência e sem perder o foco no autocuidado como sugerido em estudo realizado[23]. Além disso, o treinamento da mente amplia domínios comportamentais, afetando o comportamento social fora do contexto de treinamento. Segundo Freire, esse é um processo de conscientização, o desenvolvimento da tomada de consciência para a reflexão crítica, que compreende o condicionamento histórico-cultural e transforma a realidade[32-33,53].

Enfim, nota-se que há relações significativas entre a prática da meditação em compaixão e as situações de vulnerabilidade social, ser mulher negra, periférica e de voluntariado. E, nessa pesquisa como cultivo de uma consciência reflexiva amorosa, o comportamento altruísta por meio da conexão, percepção da autorregulação emocional, clareza de seus valores internos e propósito de vida. Isso, explícito no que a literatura relata sobre interseccionalidade, nos pilares para a promoção do bem-estar e sobre a coragem de amar[11,49].

Essas correlações devem ser interpretadas com cuidado devido ao cenário específico. Importante ressaltar algumas limitações do estudo referentes ao número reduzido da amostra e por ser o primeiro estudo sobre CBCT® e conduzido em contexto cultural sul-americano.

Cabe destacar o fato de que alguns participantes relataram não ter realizado as práticas diariamente ao longo da semana. Novas pesquisas são necessárias para aprofundar a análise dos efeitos deste treinamento em estudos longitudinais para validar em longo prazo a mudança de padrão mental e comportamental, além do impacto social.

Pode-se entender a contribuição desta investigação para o avanço do conhecimento e da práxis em Enfermagem e Saúde, sendo um estudo inovador com aplicabilidade de um protocolo de treinamento da mente como prática de (auto)cuidado relacionada com as singularidades dos processos de vida, saúde e adoecimento desta população.

## Conclusão

A análise dos efeitos da aplicação do CBCT® entre pessoas em situação de vulnerabilidade social apontou melhora das percepções e manejo de emoções, sentimentos, (auto)compaixão e estresse, impactando o bem-estar individual das participantes, mulheres negras periféricas, e o bem-estar social de suas comunidades, a partir do ativismo social e engajamento para redução do sofrimento do outro.

Verificou-se também que a vulnerabilidade social favorece o baixo letramento emocional, porém, não impede a conexão consigo mesmo, em uma perspectiva transformadora, a partir da vivência das práticas meditativas em compaixão, sugerindo que o CBCT® pode constituir uma estratégia importante para a educação social, emocional e ética na quebrada.

## Agradecimentos

Agradecemos às comunidades de Parelheiros e às Organizações da Sociedade Civil, Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento e Instituto Brasileiro de Estudos e Apoio Comunitário pelo acolhimento e suporte na realização da pesquisa. Ao Lama Rinchen, do Mosteiro Sakya Brasil, fundamental parceiro na conexão de diferentes realidades.

## Referências

1. Ruiz-Sánchez HC, Macia L, Boyzo R, Documet PI. Community health workers promote perceived social support among Latino men: Respaldo. J Migr Health. 2021 Nov 24;4:100075. doi: http://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100075

2. Ferreira JBB, Santos LL, Ribeiro LC, Rodrigues Fracon BR, Wong S. Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. J Prim Care Community Health. 2021. doi: https://doi.org/10.1177/21501327211049705

3. Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on Paulo Freire. Interface Commun Health Educ. 2018;22(64):177-88. doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822

4. Dumith SC, Leite JS, Fernandes SS, Sanchez EF, Demenech LM. Social determinants of quality of life in a developing country: evidence from a Brazilian sample. J Public Health (Berl.). 2021. doi: https://doi.org/10.1007/s10389-020-01452-3

5. Boff L. O Cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(2):392. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019

6. Utzet M, Botías F, Silva-Peñaherrera M, Tobías A, Benavides FG. Informal employment and poor self-perceived health in Latin America and the Caribbean: a gender-based comparison between countries and welfare states in a pooled analysis of 176,786 workers. Global Health. 2021 Dec 5;17(1):140. doi: http://doi.org/10.1186/s12992-021-00792-3

7. Olano HA, Kachan D, Tannenbaum SL, Mehta A, Annane D, Lee DJ. Engagement in mindfulness practices by U.S. Adults: Sociodemographic barriers. J Altern Complement Med. 2015;21(2):100-2. doi: http://doi.org/10.1089/acm.2014.0269

8. Hernández-Torrano D, Ibrayeva L, Sparks J, Lim N, Clementi A, Almukhambetova A, et al. Mental Health and Well-Being of University Students: A Bibliometric Mapping of the Literature. Front Psychol. 2020 Jun 9;11:1226. doi: http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01226

9. Trudel-Fitzgerald C, Millstein RA, von Hippel C, Howe CJ, Tomasso LP, Wagner GR, et al. Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. BMC Public Health. 2019 Dec 19;19(1):1712. doi: http://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x

10. Das KV, Jones-Harrell C, Fan Y, Ramaswami A, Orlove B, Botchwey N. Understanding subjective well-being: perspectives from psychology and public health. Public Health Rev. 2020 Nov 19;41(1):25. doi: http://doi.org/10.1186/s40985-020-00142-5

11. Martela F, Sheldon KM. Clarifying the Concept of Well-Being: Psychological Need Satisfaction as the Common Core Connecting Eudaimonic and Subjective Well-Being. Rev Gen Psychol. 2019;23(4):458-74. doi: http://doi.org/10.1177/1089268019880886

12. Jebb AT, Morrison M, Tay L, Diener E. Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. Psychol Sci. 2020;31(3):293-305. doi: http://doi.org/10.1177/0956797619898826

13. Kim ES, Tkatch R, Martin D, MacLeod S, Sandy L, Yeh C. Resilient Aging: Psychological Well-Being and Social Well-Being as Targets for the Promotion of Healthy Aging. Gerontol Geriatr Med. 2021. doi: http://doi.org/10.1177/23337214211002951

14. Mascaro JS, Kelley S, Darcher A, Negi LT, Worthman C, Miller A, et al. Meditation buffers medical student compassion from the deleterious effects of depression. J Posit Psychol. 2016;133-42. doi: http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1233348

15. Jinpa T. A Fearless Heart: How the Courage to Be Compassionate Can Transform Our Lives. [Internet]. New York: Hudson Street Press; 2016 [cited 2021 Oct 21]. p. 1689-99 p. Available from: http://promienie.net/images/dharma/books/jinpa_a-fearless-heart--penguin.pdf

16. Dalai Lama HH. The Power of Compassion: A Collection of Lectures. 10th ed. São Francisco: Thorsons; 2001.

17. Engel Y, Noordijk S, Spoelder A, van Gelderen M. Self-Compassion When Coping With Venture Obstacles: Loving-Kindness Meditation and Entrepreneurial Fear of Failure. Entrep Theory Pract. 2021;45(2):263-90. doi: http://doi.org/10.1177/1042258719890991

18. Neff KD, Tóth-Király I, Yarnell LM, Arimitsu K, Castilho P, Ghorbani N, et al. Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. Psychol Assess. 2019 Jan;31(1):27-45. doi: http://doi.org/10.1037/pas0000629

19. Ashar YK, Andrews-Hanna JR, Halifax J, Dimidjian S, Wager TD. Effects of compassion training on brain responses to suffering others. Soc Cogn Affect

Neurosci. 2021 Sep 30;16(10):1036-47. doi: http://doi.org/10.1093/scan/nsab052

20. Slavich GM, Roos LG, Zaki J. Social belonging, compassion, and kindness: Key ingredients for fostering resilience, recovery, and growth from the COVID-19 pandemic. Anxiety Stress Coping. 2021 Aug 9:1-8. doi: http://doi.org/10.1080/10615806.2021.1950695

21. Weng HY, Ikeda MP, Lewis-Peacock JA, Chao MT, Fullwiley D, Goldman V, et al. Toward a Compassionate Intersectional Neuroscience: Increasing Diversity and Equity in Contemplative Neuroscience. Front Psychol. 2020 Nov 19;11:573134. doi: http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.573134

22. Galla BM. Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. J Adolesc. 2016;49:204-17. doi: https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.016

23. Spears CA. Mindfulness-based interventions for addictions among diverse and underserved populations. Curr Opin Psychol. 2019 Dec;30:11-6. doi: http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.012

24. Pascoe MC, de Manincor M, Tseberja J, Hallgren M, Baldwin PA, Parker AG. Psychobiological mechanisms underlying the mood benefits of meditation: A narrative review. Compr Psychoneuroendocrinology. 2021;6:100037. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100037

25. Feliu-Soler A, Pascual JC, Elices M, Martín-Blanco A, Carmona C, Cebolla A, et al. Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. Clin Psychol Psychother. 2017;24(1):278-86. doi: http://doi.org/10.1002/cpp.2000

26. Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, et al. A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. Adm Policy Ment Health. 2021 Sep 24. doi: http://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2

27. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. Integr Cancer Ther. 2018;17(3):684-96. doi: https://doi.org/10.1177/1534735418772095

28. Ash M, Harrison T, Pinto M, DiClemente R, Negi LT. A model for cognitively-based compassion training: theoretical underpinnings and proposed mechanisms. Soc Theory Health. 2019;19:43-67. doi: https://doi.org/10.1057/s41285-019-00124-x

29. D'Andrea T. Contribuições para a definição dos conceitos periferia e sujeitas e sujeitos periféricos. Novos Estud CEBRAP. 2020;39(1):19-36. doi: https://doi.org/10.25091/S01013300202000010005

30. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

31. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Matsuda LM. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. Texto Contexto Enferm. 2018;27(2):e0560017. doi: https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017

32. Prigol EL, Behrens MA. Educação Transformadora: As interconexões das teorias de Freire e Morin. RPE [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 24];33(2):5-25. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/18566

33. Freire P. Pedagogy of Hope. 29. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1992.

34. Souza LK, Hutz CS. Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. Temas Psicol. 2016;24(1):159-72. doi: http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-11

35. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian Version of the Perceived Stress Scale: Translation and Validation for the Elderly. Rev Saude Publica. 2007;41(4):606-15. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015

36. Zanon C, Bastianello MR, Pacico JC, Hutz CS. Development and validation of a scale of positive and negative affects. Psico USF. 2013;18(2):193-202. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200003

37. Gomes SR. Review of "Focus group on research in social sciences and humanities" by Bernadette Angelina Gatti. EccoS Rev Cient [Internet]. 2005 [cited 2018 Feb 12];7(2):486-9. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71570215

38. Minayo MCS, Costa AP. Techniques that make use of the Word, Gaze and Empathy: Qualitative Research in Action. 1. ed. Aveiro: Editora Hucitec; 2019.

39. Bardin L. Content analysis. 1. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

40. Negi GL. Cognitively-Based Compassion Training Manual [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 12]. 58 p. Available from: https://tibet.emory.edu/documents/CBCT Manual_2014 update.kp.pdf

41. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo diversa: uma análise a partir de regiões da cidade. [Internet]. Jan. 2020 [cited 2021 Oct 21]. Available from: https://trajetoriasocupacionais.seade.gov.br/wp-content/uploads/sites/6/2021/05/sp-diversa-analise-regioes-cidade.pdf

42. Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. Tempo

Social. 2014;26(1):61-73. doi: https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005

43. Miller-Karas E. Building resilience to trauma: The trauma and community resiliency models. 1. ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2015.

44. Hablado K, Clark M. A State of De-Stress: Examining the Relationship Between Subjective Well-Being, Self-Compassion, and Empathy. Adv Soc Sci Res J. 2020:7(5):412-26. doi: http://dx.doi.org/10.14738/assrj.75.8298

45. Bluth K, Roberson PNE, Gaylord SA, Faurot KR, Grewen KM, Arzon S, et al. Does Self-Compassion Protect Adolescents from Stress? J Child Fam Stud. 2016;25(4):1098-109. doi: https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10826-015-0307-3

46. Crum AJ, Akinola M, Martin A, Fath S. The role of stress mindset in shaping cognitive, emotional, and physiological responses to challenging and threatening stress. Anxiety Stress Coping. 2017;30(4):379-95. doi: https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1275585

47. Crum AJ, Jamieson JP, Akinola M. Optimizing stress: An integrated intervention for regulating stress responses. Emotion. 2020:20(1). doi: http://doi.org/10.1037/emo0000670

48. Almeida-Filho N. Models of social determination of non-communicable chronic diseases. Ciênc Saude Coletiva. 2004;9(4). doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009

49. Hooks B. Ensinando a transgredir: a Educação como prática de liberdade. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.

50. Evans K. Mindful Awareness and Race. Ruth King, Mindful of Race: Transforming Racism from the Inside Out. J Child Fam Stud. 2018;27:3764-66. doi: https://doi.org/10.1007/s10826-018-1190-5

51. Reddy SD, Negi LT, Dodson-Lavelle B, Ozawa-de Silva B, Pace TWW, Cole SP, et al. Cognitive-Based Compassion Training: A Promising Prevention Strategy for At-Risk Adolescents. J Child Fam Stud. 2013;22(2):219-30. doi: https://doi.org/10.1007/s10826-012-9571-7

52. Araujo AC, Santana CLA, Kozasa EH, Lacerda SS, Tanaka LH. Effects of a mindfulness meditation course on health students in Brazil. Acta Paul Enferm. 2020;33. doi: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0170

53. Zembylas M. Affective and biopolitical dimensions of hope: From critical hope to anti-colonial hope in pedagogy. J Curric Pedagogy. 2020. doi: http://doi.org/10.1080/15505170.2020.1832004

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Káren Mendes Jorge de Souza. **Obtenção de dados:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Káren Mendes Jorge de Souza. **Análise e interpretação dos dados:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Ana Cristina Atanes. **Análise estatística:** Ana Cristina Atanes. **Obtenção de financiamento:** Lobsang Tenzin Negi (nome legal Satya Dev Negi). **Redação do manuscrito:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Lobsang Tenzin Negi (nome legal Satya Dev Negi), Ana Cristina Atanes, Káren Mendes Jorge de Souza. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Lobsang Tenzin Negi (nome legal Satya Dev Negi), Ana Cristina Atanes, Káren Mendes Jorge de Souza. **Outros (Idealizador o CBCT e análise crítica do programa):** Lobsang Tenzin Negi (nome legal Satya Dev Negi).

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 21.10.2021
Aceito: 30.01.2022

Editora Associada:
Andrea Bernardes

**Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem**
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Flávia Cristiane Kolchraiber
E-mail: flacrik@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-0686-9092