



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ANDRÉA LOUREIRO ROGÉS

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A MEDITAÇÃO PARA
ADOLESCENTES COM ESTRESSE DIANTE O *BULLYING*, À LUZ DE MARTHA
ROGERS

Recife
2019

ANDRÉA LOUREIRO ROGÉS

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A MEDITAÇÃO PARA
ADOLESCENTES COM ESTRESSE DIANTE O *BULLYING*, À LUZ DE MARTHA
ROGERS

Tese de doutorado apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para fins de obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

Recife
2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecária; Elaine Freitas, CRB4: 1790

R731i Roges, Andréa Loureiro.

Intervenção de enfermagem com a meditação para adolescentes com estresse diante o bullying, à luz de Martha Rogers / Andréa Loureiro Roges. – Recife, 2019.

141f.; il.

Orientador: Ednaldo Cavalcante de Araújo.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2019.

616.863 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 198)

ANDRÉA LOUREIRO ROGÉS

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A MEDITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM ESTRESSE DIANTE O *BULLYING*, À LUZ DE MARTHA ROGERS.

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em: 26/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Co – Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Cecília Frazão (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a Tatiane Guedes (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a Vânia Pinheiros (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Jorge Lyra (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Sueli Senna (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela iluminação, saúde, força, intuição em todos os meus passos durante minha existência, e a todos os seus mensageiros de luz e seres invisíveis que estiveram sempre comigo, em minha transformação e transmutação diárias.

Ao meu pai, que apesar da ausência, brotou a sementinha do ser e do saber em minha vida, desde tão pequenina.

A minha mãe que me permitiu experimentar essa existência conhecendo sua alegria, imensa força e vontade de viver desde o meu nascimento.

As minhas irmãs pelo companheirismo, amizade, amor e acolhimento.

Ao meu esposo Ricardo que apesar da distância de suas atividades profissionais, esteve presente todos os dias, dedicando apoio, carinho, compreensão, seus maravilhosos conhecimentos e, sobretudo, amor.

A minha linda Ana Luísa que apesar da minha ausência em tantos momentos de sua vida, sempre me fortaleceu, verbalizando: “mainha, você vai conseguir”!! Te amo imensamente luz pequenina!

Aos meus sogros pelo apoio, acolhimento e compreensão, principalmente nos momentos em que eu mais precisei para o abraço e o cuidado amoroso com Ana Luísa.

A minha querida amiga, professora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos por aceitar e acreditar nesse desafio com tanta coragem e toda a sua luz. Sua presença diante dessa construção foi imprescindível para o meu desenvolvimento científico, pessoal e espiritual.

Ao meu querido mestre e amigo Professor Ednaldo Cavalcante, por está para sempre em minha vida profissional com seus imensos e inovadores ensinamentos além do abraço afetuoso e o grande sorriso durante cada encontro.

A todos os profissionais, equipe docente, equipe discente, secretaria, equipe administrativa e auxiliares de higiene, que fazem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio, acolhimento e compromisso diários no aprimoramento incansável do curso.

Aos grandes amigos pelas palavras de incentivo, escutas das dificuldades e trocas de zaps mesmo distantes, sempre com uma bela mensagem e acolhimentos que acalentavam a alma.

A todas as minhas amigas de turma D1 e D2 da Pós-graduação em Enfermagem: Vita Mongiovi, Ana Luzia, Andréa Rosane, Célia Vasconcelos e Suelen Brito, pela força, pelo companheirismo, troca de experiências, sorrisos, afagos e convivência durante todo o curso.

As minhas queridas chefiãs imediatas: Andréa Filgueiras, Carla Rezende, Cibele Souza, Edjane Mendes e Valkelúcia Felismino, por cada escuta diante os choros e angústias, ombros acalentadores, abraços, sorrisos e aprendizados imensos para a minha jornada pessoal e profissional.

As minhas queridas equipes do Centro de Material e Esterilização e Central de Equipamentos. Colegas com quem aprendo diariamente por tanta força, energia e vontade de fortalecer cada dia os processos de trabalhos.

A todos os meus amigos e colegas da equipe do CAPS Espaço Vida, por tanto carinho, acolhimento, suporte e limites terapêuticos, quando mais precisei.

A toda a equipe de direção e execução do SAMU RECIFE por todo o apoio, integração e vibração de muita força que recebi de todos durante todo o período.

A todos os docentes, coordenadores pedagógicos, psicólogos e adolescentes que fazem o Colégio Souza Veras e EREM - Janga, pela recepção, acolhimento e emoções vivenciadas durante a disponibilização dos espaços utilizados no estudo, além de promover com tanto carinho as salas para os encontros com os alunos. Este estudo pertence também a todos vocês que o tornaram realidade.

A meditação é uma maneira de ir para dentro de si mesmo.

É um modo de fixar em nós mesmos, no mais profundo centro do nosso ser e, uma vez que você encontrou o seu centro, você terá encontrado tanto suas raízes, quanto as suas asas.

(OSHO, 2006).

RESUMO

O termo *Bullying* está relacionado a presença de comportamentos agressivos ou de vitimização, com episódios repetidos, evidente entre as faixas etárias da infância e adolescência, ocorrendo na forma de abuso físico ou verbal, relacionado aos aspectos físicos, socioeconômicos, ou oriundos da orientação e diversidade sexual dos indivíduos, acarretando quadros de adoecimento, estresse, ansiedade, exclusão ou isolamento social. A escola apresenta-se como um espaço onde este fenômeno tem apresentado recorrência. Atuar na perspectiva da promoção de um cuidado holístico, promovido pelo profissional Enfermeiro que permita aos adolescentes vitimizados pelo *bullying* a redução de quadros de adoecimento relacionados ao estresse e suas conseqüências, a partir da prática da meditação, considera-a como um recurso eficaz por aliar a percepção do outro em sua totalidade. A meditação vem sendo difundida diante seus benefícios: bem-estar físico, mental e emocional com a percepção de maior autoconhecimento e menor responsividade ao estresse. O Cuidado de Enfermagem holístico, a partir da ciência do ser humano unitário discorre sobre o olhar diante os fenômenos energéticos, portanto, o objetivo geral desse estudo foi avaliar o efeito da meditação, como intervenção de enfermagem sobre o quadro de estresse vivenciado por adolescentes frente ao *bullying*. Estudo de casos múltiplos, que permitiu avaliar o efeito da meditação a partir da captação dos escores de estresse, registros dos sinais vitais (FR, FC, PAS e PAD) e relatos dos participantes. A pesquisa foi realizada em duas escolas da Região metropolitana de Recife com adolescentes entre 13 – 17 anos, e, seguiu três etapas: a primeira diagnóstica, com o recrutamento e aplicação da Escala de Estresse Percebido (PSS); a segunda etapa constou da intervenção com a meditação, em oito encontros, num período de 120 dias com registros dos sinais vitais antes e após a realização desta; a terceira foi composta pela reaplicação da Escala (PSS), além dos registros diante os benefícios autopercebidos com a meditação. O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012. CAAE: 67890317.1.0000.5208. A partir da intervenção com a meditação, pode-se evidenciar: redução dos escores de estresse, redução dos parâmetros vitais, além dos relatos dos adolescentes, voltados para sentimentos de empatia, ampliação do autocontrole, autoconfiança e relaxamento. Destaca-se então, que, as ações de prevenção para a minimização das situações de *bullying* necessitam estar ancoradas em uma abordagem centrada na promoção de um autocuidado subjetivo e holístico. Portanto, uma prática de enfermagem, realizada a partir do uso da meditação, possibilita ampliar um cuidado de enfermagem, compreendendo as interações que envolvem os campos dos sujeitos e com os campos ambientais com

repercussão em seus comportamentos e qualidade de vida. Focalizar nesta práxis poderá ser um novo caminho holístico para a promoção da saúde a partir da ciência da Enfermagem.

Descritores: Adolescente. Meditação. Enfermagem. *Bullying*. Saúde holística.

ABSTRACT

The term Bullying is related to the presence of aggressive behavior or victimization, with repeated episodes, evident between the age groups of childhood and adolescence, occurring in the form of physical or verbal abuse, related to physical, socioeconomic, or orientation-related aspects. and sexual diversity of individuals, leading to illness, stress, anxiety, exclusion or social isolation. The school presents itself as a space where this phenomenon has been recurring. Acting in the perspective of promoting holistic care, promoted by the professional nurse that allows adolescents victimized by bullying to reduce stress-related illness and its consequences, from the practice of meditation, considers it an effective resource for combining the perception of the other in its entirety. Meditation has been spreading over its benefits: physical, mental and emotional well-being with the perception of greater self-awareness and less responsiveness to stress. Holistic Nursing Care, based on the science of the unitary human being, discusses the look at the energetic phenomena, therefore, the general objective of this study was to evaluate the effect of meditation as a nursing intervention on the stress experienced by adolescents. to bullying. Multiple case study, which allowed to evaluate the effect of meditation from the capture of stress scores, vital signs records (RF, HR, SBP and DBP) and reports of participants. The research was conducted in two schools in the metropolitan region of Recife with adolescents aged 13 - 17 years, and followed three stages: the first diagnosis, with the recruitment and application of the Perceived Stress Scale (PSS); The second stage consisted of the intervention with the meditation, in eight meetings, over a 120-day period with vital signs recorded before and after its performance; The third was composed by the reapplication of the Scale (PSS), in addition to the records regarding the self-perceived benefits of meditation. The development of the study followed the guidelines of Resolution 466/2012. CAAE: 67890317.1.0000.5208. From the intervention with meditation, it can be evidenced: reduction of stress scores, reduction of vital parameters, in addition to the reports of adolescents, focused on feelings of empathy, increased self-control, self-confidence and relaxation. Therefore, prevention actions to minimize bullying situations need to be anchored in an approach focused on promoting subjective and holistic self-care. Therefore, a nursing practice, performed from the use of meditation, enables the expansion of nursing care, including the interactions that involve the subjects' fields and the environmental fields with repercussions on their behavior and quality of life. Focusing on this praxis may be a new holistic path for health promotion from the science of nursing.

Key words: Adolescent. Meditation. Nursing. Bullying. Holistic health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	PERGUNTA CONDUTORA.....	26
3	OBJETIVO.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	27
3.3	HIPÓTESE.....	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
4.1	SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	28
4.2	ESTRESSE NA ADOLESCÊNCIA.....	30
4.3	BULLYING, BULLYING HOMOFÓBICO E AMBIENTE ESCOLAR.....	32
4.4	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E MEDITAÇÃO.....	39
4.5	O CUIDADO DE ENFERMAGEM UNITÁRIO E HOLÍSTICO.....	44
5	MÉTODO.....	48
5.1	ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	48
5.1.1	Fase 1 – Definir e projetar.....	50
5.1.1.1	Proposta do estudo e proposições.....	50
5.1.1.2	Cenário do Estudo.....	50
5.1.1.3	Seleção dos casos.....	52
5.1.2	Protocolo da coleta de dados.....	53
5.1.2.1	Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados.....	53
5.1.2.2	Etapas da coleta.....	55
5.1.2.2.1	<i>1ª Etapa – Recrutamento e primeira aplicação da Escala de Estresse Percepcionado (PSS).....</i>	<i>55</i>
5.1.2.2.2	<i>2ª Etapa – Realização de intervenção em Enfermagem com a Meditação.....</i>	<i>55</i>
5.1.2.2.3	<i>3ª Etapa – Reaplicação da Escala de Estresse Percepcionado (PSS).....</i>	<i>56</i>
5.1.2.3	Definição das variáveis do estudo.....	56
5.1.3	Fase 2 - Preparar, coletar e analisar.....	58
6	RESULTADOS.....	60
6.1	APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE.....	62
6.1.1	Unidade de análise – Caso 1.....	62
6.1.2	Unidade de análise – Caso 2.....	64
6.1.3	Unidade de análise – Caso 3.....	66

6.1.4	Unidade de análise – Caso 4.....	69
6.1.5	Unidade de análise – Caso 5	71
6.1.6	Unidade de análise – Caso 6	74
6.1.7	Unidade de análise – Caso 7	76
6.1.8	Unidade de análise – Caso 8	79
6.1.9	Unidade de análise – Caso 9	81
6.2	FASE 3 - RESULTADO COMPARATIVO DAS UNIDADES DE ANÁLISES.....	84
6.2.1	Análise dos resultados referentes às variáveis Dependentes.....	84
6.2.2	Resultados referentes aos escores de estresses.....	87
6.2.3	Resultados relativos à variável independente.....	94
7	DISCUSSÃO.....	97
8	CONCLUSÃO.....	106
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE O <i>BULLYING</i>	127
	APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	132
	APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....	134
	APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE REGISTRO DIÁRIO DAS PRÁTICAS MEDITATIVAS.....	136
	ANEXO A - ESCALA DE ESTRESSE PERCEPCIONADO (PSS).....	137
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO.....	138

1 INTRODUÇÃO

1.1 ORIGEM DESTE ESTUDO

Em meu processo de construção familiar, sempre apresentei identificação para o cuidado. Primeira filha de uma prole de quatro irmãs sentia-me direcionada a apoiar os meus pais diante as tarefas familiares e cuidados com estas. Pai forte, vindo de área rural, com uma energia imensa diante as adversidades, trabalhador, com um sonho de conseguir construir uma formação acadêmica, algo que despertou em todas as filhas a importância na valorização e engajamento diante o nosso papel social e potencial subjetivo para o alcance de nossos objetivos. Minha mãe, uma menina, marcada pela construção social feminina, trazia em suas mãos habilidosas a arte da costura, a força e a resistência para a manutenção de sua família, apesar de todos os seus medos.

Nesta célula máter, pude compreender os valores humanos, humanitários, a solidariedade, o amor universal, como também, as forças iatrogênicas para o distanciamento do compromisso humano diante a garantia de direitos e perspectivas cidadãs, além do conhecimento sobre os processos históricos voltados para as questões políticas, religiosas, sociais e antropológicas de uma sociedade. Meu pai, um leitor em aprendizado, sempre chegava com um livro de Spinoza, Einstein, Platão, Sócrates, Karl Marx, Aristóteles, e gostava de ler a noite quando chegava do trabalho, sempre acompanhado de todas nós, mesmo que cochilássemos, ele estava lendo. Isaac Newton sua verdadeira paixão, que transcendeu seus sonhos, permitindo que ele conseguisse concluir o curso de Engenharia Mecânica na UPE, com quase 50 anos.

Pude construir minha formação escolar e consecutivamente acadêmica na relação direta com as leituras realizadas junto ao meu pai e, na construção dialógica com os mais brilhantes docentes, trabalhadores, colegas e amigos que encontrei em meu caminho, onde o compromisso social, a empatia, a solidariedade, e a necessidade de se utilizar a criatividade e a escuta amorosa a luz da ciência na remissão do sofrimento e na propulsão de transformações individuais e coletivas na direção da autonomia e cidadania, faziam a energia humana e o amor universal se transformarem em energia motriz para a continuidade.

Durante a formação em Enfermagem/UPFE (1997 – 2001), além do despertar para a ciência e arte do cuidado, pude entrar em contato pela primeira vez com as práticas integrativas. Neste período (1998), ainda popularmente conhecidas como práticas alternativas de cuidado, pude conhecer a argiloterapia, o Do-in, a massoterapia, a meditação e o Reiki, por uma colega de turma, profissional habilidosa com histórico nestas vivências. Um despertar

para um olhar mais ampliado para o cuidado, a partir de uma visão vibracional, além de poder identificar seus benefícios diante a literatura e antiguidade de seus registros nas diversas culturas milenares.

Ao se utilizar destas práticas no autocuidado, foi possível reconhecer sua repercussão em minha vida pessoal, profissional, além do autoconhecimento e, na amplificação do olhar ao outro diante suas escolhas, sua autonomia e, sobretudo na compreensão de suas transformações com o uso das práticas integrativas com respeito as suas crenças, seus valores culturais, diante as diversidades. Incorporar o viés da espiritualidade a partir do direcionamento das práticas integrativas permitiu transcender o cuidado de Enfermagem para além do serviço de saúde, foi possível enxergar outros equipamentos sociais e espaços de cuidados existentes na comunidade que são legítimos, além de compartilhar com outros profissionais vivências e aprendizados, a partir de práticas dialógicas e participativas com ênfase numa abordagem voltada para a educação em saúde. Foi possível conhecer as rodas de conversas comunitárias, as abordagens das benzedadeiras, a Terapia comunitária, os mestres dos chás e ervas medicinais, as parteiras tradicionais, o acolhimento de um Pajé a um recém-nascido em uma Maternidade no Recife além de diversas técnicas de relaxamentos, durante os 18 anos de caminhada entre a Atenção básica e a Saúde Mental.

Neste período, também pude vivenciar a maternagem, mãe de uma filha, que durante sua vivência escolar, pode entrar em contato com as consequências do bullying, algo tão doloroso e intenso para os pais, onde, incansavelmente pude recorrer aos suportes pedagógicos e psicológicos nos espaços escolares, com sentimento de pouca tolerância diante esta violência.

Na simultaneidade desta trilha, pude aprofundar os conhecimentos diante as práticas integrativas, foi possível conhecer, a partir de processos formativos, a meditação Gasho, a meditação budista, o Reiki, a Terapia Floral e Auriculoterapia. Pude ofertar estas práticas no cuidado na promoção à saúde de minha filha, a qual se preparava sorridente a continuidade desta oferta. Minha filha aos 10 anos verbalizou sentimentos de intensa tristeza diante a sua exclusão na escola, por ser considerada “infantil”. Estes recursos fortaleceram também a sustentação na ampliação de uma prática de cuidado de Enfermagem holística, considerando os aspectos vibracionais e padrões de comportamentos inerentes aos processos de adoecimentos, como também na promoção de cuidado integral e culturalmente congruente aos sujeitos. A oferta das práticas integrativas, sempre foi direcionada com o acolhimento do usuário, a partir de orientações prévias sobre as mesmas, verificando a receptividade do outro para estas abordagens associadas sempre ao seu cuidado pré-escolhido ou prescrito.

Percorrer o caminho da Enfermagem motiva-me diante a proximidade ao outro, bem como com as suas diversas dimensões, seus circuitos pessoais e familiares, seus desafios, nossas dores, força, realidades, diversidades, a partir uma pandimensionalidade, o que proporciona diversas possibilidades para a prática do cuidado.

Faz-se necessário, fortalecer uma prática de Enfermagem que focalize o olhar holístico para: as diversas dimensões dos indivíduos, os aspectos energéticos que envolvem os seres e seus ambientes com compromisso com a dignidade humana, com a qualidade de vida, com a empatia diante os diversos processos de construção social, com o respeito e com acolhimento as diversidades, fortalecendo a garantia de direitos e autonomia diante uma prática educativa em saúde movida pela reflexão-ação, para uma transcendência individual autônoma e consecutivamente coletiva nas mais variadas realidades.

A Enfermagem depreende-se como ciência, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano em todo o ciclo vital, individualmente, em família ou em comunidade, de modo integral, desenvolvida de forma autônoma ou em equipe, por meio de atividades de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de doenças. Seus fundamentos centralizam-se em estratégias científicas que favoreçam condições para que o ser cuidado consiga enfrentar mudanças no seu cotidiano, considerando-o como um ser com múltiplas potencialidades. Estas estratégias de cuidados exigem profissionais com competência técnica, capacidade criativa, reflexiva, crítica e humanística além de inovações constantes de seus conhecimentos técnicos e científicos (ROGES, 2012).

Portanto, a partir deste breve histórico, a respectiva autora desperta nesta investigação a importância de conhecer o efeito da utilização da meditação com os adolescentes em seus espaços escolares diante a vivência do *bullying*. O uso meditação pelo enfermeiro permite a ampliação de um campo de prática do profissional, oportuniza uma prática de cuidado numa abordagem coletiva, direciona-a para a produção de novas abordagens científicas, efetivando novas ofertas de cuidados terapêuticos holísticos (PENNAFORT *et al*, 2012).

Reconhecer o pluralismo terapêutico e intersetorial nos sistemas de cuidado em saúde é um desafio para o planejamento das práticas de promoção e atenção à saúde, pelos profissionais. O objetivo é fomentar o incremento de novas abordagens em saúde e tornar disponíveis opções preventivas e terapêuticas diversas (THIAGO, TESSER, 2011). A inserção de novas práticas de cuidados voltadas para um olhar integral do sujeito sugere apoiar todas as suas dimensões, fortalecendo o recurso da prática integrativa na área da saúde.

Os enfermeiros, diante as ações intersetoriais a partir dos pressupostos da promoção da saúde, devem pautar a sua prática numa concepção ampliada de saúde, extrapolando os

limites dos serviços de saúde, com vistas a adotar ações que mobilizem ambientes favoráveis à saúde, considerando a diversidade do cuidado, além de fortalecer a consolidação de políticas públicas saudáveis (MASCARENHAS, 2010).

A intersetorialidade também é reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - 2017) como essencial para o desenvolvimento das ações de saúde diante os diversos equipamentos sociais, uma deliberação precisa para a produção de saúde (BRASIL, 2017).

As ações de saúde desenvolvidas pela Atenção Básica em Saúde deverão acontecer em territórios definidos segundo a área de abrangência, possibilitando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde, da educação, entre outros (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017). Desta forma, as ações intersetoriais desenvolvem-se por um processo diferenciado, planejado, programado, com compartilhamento e articulação de interesses, saberes e práticas das instituições envolvidas exercendo impacto positivo na qualidade de vida individual e coletiva dos sujeitos envolvidos (JUNQUEIRA, 2000).

A partir do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE) ressalta-se a necessidade de estratégias intersetoriais entre a educação e a saúde, com foco para o principal objetivo: contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas com abordagem interdisciplinar entre educadores e profissionais da saúde, com vistas ao enfrentamento dos pontos vulnerabilidades e as possíveis repercussões que comprometem o desenvolvimento de crianças e adolescentes nos ambientes escolares (BRASIL, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986), a adolescência compreende a faixa etária entre os 10 aos 20 anos incompletos, e se constitui numa das etapas do processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcada por numerosas transformações físicas, psíquicas e sociais. Já a puberdade, é caracterizada pelas mudanças biológicas que se manifestam na adolescência, e representam o início da capacidade reprodutiva. Constitui-se por um período relativamente curto, de cerca de 2 a 4 anos, no qual ocorrem todas as modificações físicas dessa transição da infância para a idade adulta. Essas transformações somáticas têm caráter universal, representam um fenômeno comum a todos os indivíduos (LOURENÇO, 2010).

O fenômeno da adolescência se apresenta também como uma expressão polissêmica, ou seja, necessita considerar, o caráter histórico, social e cultural e os conceitos necessariamente plurais desta vivência, evidenciando os diversos significados e sentidos, num processo reflexivo, diante os vários aspectos que envolvem a sociedade contemporânea (LYRA, SOBRINHO, RIBEIRO, CAMPOS, LUZ, MEDRADO, 2011).

As mudanças fisiológicas decorrentes da puberdade e adolescência exigem a revisão da imagem corporal e concepção mental sobre a aparência física e atitudes em relação ao cotidiano, que, repercutem nas atitudes na medida em que sua autopercepção e seus papéis sociais se transformam (BERGER, 2003).

A adolescência é marcada por um período de descobertas, que inclui a afetividade, o prazer, sentimentos mútuos de bem querer, comunicação, bem como valores e normas morais que irão influenciar o comportamento sexual. Abrange a estrutura biológica, a manifestação do impulso sexual, como também aspectos que foram construídos sócio-historicamente pelo indivíduo, como o desejo e sua representação, além das formas de se buscar um objeto sexual, (FIGUEIRÓ, 2006; RIBEIRO, 2005), portanto, não pode ser vista somente como uma paridade de sexo ou atividade sexual, mas também como afetividade humana, uma experiência emotiva segundo sentimentos despertados de um ser a outro (SAITO, LEAL, 2016).

O despertar da sexualidade na adolescência, provoca a necessidade de se relacionar com o outro, a formação de novos vínculos sociais, a busca de informações sobre suas modificações biológicas, seu papel social, seus reajustamentos intrapessoais e mudanças de identidade (MELO, LIMA, 2000; MOREIRA, VIANA, QUEIROZ, JORGE, 2008).

A adolescência reflete ainda um período do ciclo vital, onde os fatores estressores emergem com frequência, quer seja diante as alterações corporais típicas, diante as alterações de humor, a instabilidade emocional para a tomada de decisões, a proximidade com a idade adulta e o esforço para a adaptabilidade diante os eventos diários (POLETTI, KOLLER, DELL'AGLIO, 2009; OLIVEIRA *et al*, 2012).

Numa sociedade cuja ênfase situa-se no desenvolvimento físico, importantes influências sobre a puberdade e adolescência, são constituídas por normas socioculturais e expectativas de familiares e colegas quanto às transformações biológicas, de modo a afetar as próprias reações ante as alterações corporais, determinando sua autoimagem, autoestima, identidade e orientação sexual (FIGUEIRÓ, 2009).

O termo orientação sexual se refere ao desejo afetivo, erótico e sexual, os quais podem ter como único ou principal objeto, pessoas do sexo oposto (heterossexualidades), pessoas do mesmo sexo (homossexualidades) ou de ambos os sexos (bissexualidades), ou ainda, manifestações dinâmicas de expressão e representação. É um conceito que engloba e reconhece como legítimo um conjunto diversificado de sentimentos e práticas sociais, sexuais e afetivas, desestabilizando concepções reificantes, heterocêntricas, naturalizantes e medicalizadas (HENRIQUES, BRANDT, JUNQUEIRA, CHAMUSCA, 2007). Inclui-se

ainda nesta discussão, a identidade de gênero, que reflete sobre os indivíduos que não se identificam com o sexo designado ao nascer (travestis, transexuais, pessoas com identidade não-binária) e, cisgênero que remete a pessoas cuja identidade e expressão de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascimento (REISNER *et al*, 2014; TEBBE, MORADI, 2014; GOMES, 2018). Destaca-se também a sigla, LGBTQIA, utilizada como reconhecimento relacionado as diversas nuances que envolve as orientações sexuais; Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo e Assexual. A definição Queer, abrange pessoas de ambos os gêneros que possuem uma variedade de orientações, preferências e hábitos sexuais; a classificação Intersexo define o ser quando sua característica física não é expressa por características sexuais exclusivamente masculinas ou femininas e, Assexual correlaciona-se ao indivíduo que registra não possuir atração sexual e/ou que não tenha orientação sexual definida (COOPER, BROWNELL, 2016).

A autoaceitação da orientação sexual e de gênero é acompanhada por sentimentos que podem influenciar a autopercepção dos adolescentes e a forma como vêm os outros, incluindo diversas possibilidades, como a heterossexualidade, homossexualidade, entre outras, as quais envolvem escolhas, emoções, atrações afetivas e físicas (FIGUEIRÓ, 2009).

A educação no ambiente escolar compreende o alicerce indispensável para a capacidade de exercer em plenitude o direito à cidadania. É o espaço onde o adolescente apreende a constituir e reconstituir a sua identidade, em meio às transformações afetivo-emocionais, socioemocionais, cognitivas e socioculturais, respeitando e valorizando as diferenças. Com seu amplo espaço pedagógico, tornou-se também um referencial para discussões sobre orientação e educação sexual (SAWAYA, 2002; BRASIL, 2013; GARUTTI, NEVES, 2015).

Projeções demográficas de dados referentes ao Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF revelam que em 2011 havia no Brasil, 21 milhões de meninos e meninas entre os 12 e 18 anos (incompletos), o que equivaleria a 11% da população brasileira. Estas projeções mostram que o território brasileiro não voltará a ter uma participação percentual tão significativa dos adolescentes no total da população de acordo com dados demográficos de outros períodos. Em relação às questões sexuais e reprodutivas, 32,8% dos adolescentes brasileiros, com faixa etária entre os 12 aos 17 anos, já haviam iniciado sua vida sexual. Destes, 61% eram homens e 39% mulheres. Contudo, 9,5% de adolescentes entre os 15 aos 19 anos (82% mulheres e 18% homens) vivenciavam algum tipo de união, com vida sexual (UNICEF, 2011).

A PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do ano de 2009 destacava também que, quase metade (49,6%) das famílias brasileiras, contava com, pelo menos, um de seus componentes com idade de até 14 anos. Evidencia-se o crescimento na taxa de adolescentes que freqüentam a escola na década de 90, atingindo, em 2009, 81,7%. Em relação as regiões brasileiras, a Sudeste seguida da Nordeste concentram o maior contingente populacional para as faixas etárias dos 10 aos 19 anos incompletos. (IBGE, 2010). Em relação ao número de adolescentes estudantes no estado de Pernambuco para o ano de 2012 foram realizadas 2 milhões de matrículas na educação básica (CENSO ESCOLAR 2012; IBGE, 2009).

A escola apresenta-se como o local onde o adolescente permanece o maior tempo do seu dia e representa um dos espaços de socialização e identificação de habilidades, porém, pode vir a se tornar também um local indesejado e temido se instalado o sentimento de insegurança e violência (CAMARGO, FERRARI, 2009; MENDES, 2010).

A violência apresenta-se como um problema de saúde pública com conseqüências graves em curto e em longo prazo para crianças e adolescentes e, quando ocorre no contexto escolar destaca-se como um problema social sendo, provavelmente, o tipo mais frequente de violência na infância e adolescência (LOPES, 2005).

Uma das formas de violência identificada dentro do ambiente escolar é o *bullying*. *Bullying* é uma palavra de origem inglesa, onde o termo *bully* significa “valentão”, “tirano”, “brigão” e, ainda não tem uma tradução definitiva para o idioma Português. Opta-se na literatura científica por não traduzir a palavra *bullying*. No Brasil, são utilizadas algumas palavras e expressões com sentidos equivalentes, tais como: zoar, intimidar, humilhar, ameaçar, difamar, provocar, gozar, entre outras. Essa forma de violência pode se manifestar por atos repetitivos de opressão, discriminação, intimidação, xingamentos, tirania, agressão a pessoas ou grupos (MALTA et al, 2009). A prática do *bullying* ainda pode ser classificada por: verbal, física, psicológica, sexual, material e virtual ou *cyberbullying* (SMITH, 2013).

O termo *bullying* foi utilizado pela primeira vez pelo pesquisador, Dan Olweus, da Universidade de Bergen, na Noruega, ao estudar sobre casos de suicídio entre adolescentes, no início da década de 1980. Olweus concluiu que a maior parte desses adolescentes havia sofrido algum tipo de ameaça ou exclusão no contexto escolar. O estudo foi seguido pelo desenvolvimento de uma campanha anti-*bullying* nacional. Posteriormente, o pesquisador, realizou a análise de dados de 84 mil estudantes, no qual, evidenciou que um em cada sete estudantes estavam envolvidos em casos de *bullying*. Com o apoio do governo norueguês, houve uma redução em torno de 50% na incidência de *bullying* nas escolas. As medidas

relacionadas a campanha anti-*bullying* apresentaram repercussão na comunidade científica, desencadeando diversos estudos e campanhas semelhantes em outros países (OLWEUS, 1993).

No Brasil destaca-se o caso que ocorreu no município de Remanso BA, em 2004, quando um estudante de 17 anos assassinou um colega e uma professora em função do *bullying* frequente que era vitimizado. No país, os estudos voltados para esta temática iniciaram a partir do ano 2000 (FANTE, 2005).

Um estudo transversal realizado por Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2009, entre estudantes da 9ª série do ensino fundamental, em escolas públicas e privadas, avaliou a prevalência de ser vítima de *bullying* em 69.973 escolares de 1.453 instituições de ensino entre as 27 capitais brasileiras. Evidenciou-se ainda que 5,4% dos estudantes relataram sofrer *bullying* sempre ou quase sempre nos últimos 30 dias. A capital que apresentou maior frequência para o *bullying* foi Belo Horizonte (6,9%), e com menor frequência, Palmas (3,5%). Os estudantes do sexo masculino apresentaram maior sofrimento para o *bullying* em relação às meninas. Não houve diferenças significativas entre as instituições públicas e privadas de ensino, nem em relação à cor/raça ou escolaridade (MALTA et al, 2009).

De acordo com a FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, em estudo realizado sobre Preconceito e Discriminação no Ambiente Escolar, a partir de pesquisa de campo aplicada em 501 escolas dos 27 estados brasileiros, com um total de 15.087 estudantes, verificou-se que 10,5% dos alunos conseguiram identificar práticas relacionadas ao *bullying* no ambiente escolar. 17,4% dos estudantes referiram sofrer *bullying* por sua orientação homossexual e 72,0% perceberam intensidade no distanciamento social dos pares devido a sua orientação homossexual (FIPE, 2009).

O conhecimento sobre as diversas orientações sexuais se torna indispensável para o reconhecimento de sua integridade e direitos que necessitam ser preservados. As negações do gênero e das diversas expressões da sexualidade que envolve os sujeitos fortalecem concepções equivocadas que, se tornaram senso comum e mobilizam agressões, violências que deflagram consecutivamente o preconceito e a LGBTQIAfobia contra os grupos de jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA) (MELO, 2015; COOPER, BROWNELL, 2016).

A homofobia está relacionada a ações de discriminação contra as pessoas que mostram, ou a quem se atribui algumas qualidades (ou defeitos) atribuídas ao mesmo gênero (WELZER-LANG, 2001). A presença da homofobia no ambiente escolar produz efeitos para todos os alunos, porém, as consequências mais graves incidem sobre os que sofrem

diretamente com esta forma de violência, quer seja nas trajetórias educacionais, formativas e de inserção social (HENRIQUES, BRANDT, JUNQUEIRA, CHAMUSCA, 2007). Além disso, a homofobia tende a privar os jovens de direitos básicos, com impacto em seu bem-estar, produzindo insegurança, estigmatização, segregação, e isolamento, influenciando também: a visibilidade distorcida de autoimagem; uma maior vulnerabilidade ao adoecimento físico e psíquico; no padrão das relações sociais entre estudantes e destes com os profissionais da saúde e educação; as expectativas quanto ao sucesso e ao rendimento escolar; o processo de configuração identitária e a construção da autoestima; a sua vida socioafetiva além de promover o absenteísmo escolar; prejudicando o processo de inserção no mercado de trabalho, entre outros (HENRIQUES, BRANDT, JUNQUEIRA, CHAMUSCA, 2007; MELO, 2015).

Inicialmente, é preciso que seja considerado o contexto no qual estão inseridos os fenômenos do *bullying*, os fatores de risco e os de proteção identificados, de modo a prover a compreensão da realidade dos adolescentes. A escola, enquanto microsistema central na vida de uma comunidade é um espaço privilegiado para o fortalecimento de relações saudáveis, cooperativas e amistosas. As instituições de ensino são espaços para a compreensão dos fatores de risco e proteção de determinada comunidade ou cultura, bem como locais para inferir nas dimensões que atravessam esse contexto e mensurar a efetividade de determinadas intervenções educativas (ORPINAS, 2009).

De acordo com a legislação nacional, a partir da Lei Nº 13.185, de 6 de novembro de 2015, que institui em todo o território o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*bullying*), destacam-se os seguintes objetivos constituintes: instituir práticas de conduta e orientação de pais, familiares e responsáveis diante da identificação de vítimas e agressores; integrar os meios de comunicação de massa com as escolas e a sociedade, como forma de identificação e conscientização do problema e formas de preveni-lo e combatê-lo; promover a cidadania, a capacidade empática e o respeito a terceiros, nos marcos de uma cultura de paz e tolerância mútua; promover medidas de conscientização, prevenção e combate a todos os tipos de violência, com ênfase nas práticas recorrentes de intimidação sistemática (*bullying*), ou constrangimento físico e psicológico, cometidas por alunos, professores e outros profissionais integrantes de escola e de comunidade escolar, além de destacar ainda, o dever dos estabelecimentos de ensino, clubes e agremiações recreativas em assegurar medidas de conscientização, prevenção, diagnose e combate à violência e à intimidação sistemática (*bullying*) (BRASIL, 2015).

Compreender as formas como a violência se apresenta no âmbito escolar é um grande desafio a ser enfrentado por: gestores, pais, trabalhadores em saúde e educadores. Essas informações podem ajudar no enfrentamento dessa problemática e na busca de um agir educativo (BRASIL, 2015; LEME, 2009). Portanto, torna-se importante realizar pesquisas e monitoramentos que permitam definir sua incidência, as situações violentas mais frequentemente vividas pelos estudantes, prováveis causas e as intervenções realizadas, no âmbito macro das políticas públicas, até o espaço escolar (LEME, 2009).

A escola exerce a função social e política, sendo um local para a formação de cidadania e desenvolvimento de diversas habilidades e saberes. Neste local, o estudante apreende atitudes e habilidades que são articuladas às experiências cotidianas, as quais o orientam para o reconhecimento e a expressão das próprias necessidades, possibilitando a oportunidade de refletir sobre seu papel histórico e colaborando para possíveis transformações por intermédio da consciência, autoconhecimento e mudança social (LEONELLO, L'ABBATE, 2006; LERVOLINO, 2000).

As Diretrizes para a Atenção Integral a Saúde do Adolescente, determina que a promoção à saúde, precisa estar centrada em processos de intervenção intersetoriais para a construção de intercâmbios entre os campos da educação e saúde. Assim, faz-se necessário inserir o desenvolvimento de um trabalho educativo em saúde direcionado às temáticas relacionadas às necessidades dos adolescentes: saúde sexual e reprodutiva, abordagens de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, e orientação sexual, levando em consideração, também, as diferenças socioculturais, para garantir, maior resolubilidade, qualidade de vida e efetividade das ações (BRASIL, 2010).

Destaca-se também, de acordo com as Diretrizes supracitadas, o fortalecimento de ações para a promoção da cultura de paz, que focalizem a promoção da saúde física, mental, emocional e social, a partir da utilização do contato com a natureza, a contemplação artística e o uso da meditação, no fortalecimento da transformação pessoal e social do adolescente, e que estas, possam ser inseridas no rol de ações de cuidados dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2010).

A busca de sentido e transcendência para a população adolescente, a partir da meditação, entre outros, permite uma busca interna, uma conexão mais profunda com a vida, além da sensação de paz interior e bem estar (BRASIL, 2010).

A meditação se caracteriza por uma prática integrativa caracterizada por uma intervenção não invasiva, com uma importante ação preventiva nos desequilíbrios

identificados nos âmbitos físico, mental e emocional, além de poder ser usada associada a outras abordagens terapêuticas (BRO, 1997; TSUCHIYA, NASCIMENTO, 2002).

A meditação passa a integrar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pela Portaria nº145/2017 que amplia os procedimentos oferecidos pela Política no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a implantação das PICS, o acesso dos usuários tem crescido, quer seja, através do reconhecimento da eficácia terapêutica destas pelas evidências científicas, além da efetividade pragmática verificável pelos relatos dos beneficiados. (BRASIL, 2006). A meditação tem como finalidade, facilitar o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação além de aprimorar as interações pessoais, sociais e ambientais, incorporando à sua eficiência a promoção da saúde. Amplia ainda, a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo, mente e emoções (BRASIL, 2017).

A inserção das PICS no Sistema único de Saúde (SUS) vem a encorajar e estimular novas discussões ético-legais relacionadas ao exercício profissional na utilização e aplicação destas práticas no SUS. De acordo com Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução COFEN-197/97, que reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, a partir da exigência de formação específica oferecida por instituição reconhecida de ensino ou entidade congênera. Destaca-se também a Resolução COFEN N° 290/2004, revogada pela resolução COFEN N° 389/211, que fixa as Especialidades de Enfermagem de competência do Enfermeiro, no seu artigo 1 item 42 destaca as terapias naturais, tradicionais e complementares.

De acordo com Martha Rogers, em sua abordagem diante a Ciência do Ser Humano Unitário, a qual se opõe ao ponto de vista mecanicista e reducionista predominante no modelo biomédico salienta que o trabalho a ser desenvolvido pelos enfermeiros para a promoção de estados inovadores no processo vital humano, deve estar centrado em um cuidado holístico e integrado colocando o ser humano como um todo indivisível sendo o principal foco das ações de enfermagem (ROGERS, 1990; SÁ, 1994)

O paradigma holístico a partir da expansão da utilização das práticas integrativas vem ganhando seu espaço diante a comunidade, entre outros espaços, ampliando-se como um novo campo de ação para os profissionais da área da saúde, especialmente os enfermeiros, os quais poderão tornar suas ações mais eficazes ao aliar os cuidados convencionais à prática das terapias naturais, em qualquer área de atuação, atendendo às necessidades do outro em sua totalidade, respeitando sua individualidade (TSUCHIYA, 2002).

As evidências científicas relacionadas a oferta da prática meditativa pelo enfermeiro, em sua prática profissional incluem: redução da raiva, mais harmonia nas relações interpessoais, maior fluidez na comunicação interpessoal, mais aceitação dos aspectos da vida no qual não se tem controle e melhora significativa da sensação geral e bem estar. Registra-se também, que este profissional poderá também está se utilizando desta técnica em sua jornada diária (TAYLOR, LILLIS, LEMONE, 2014).

A técnica da meditação pode apresentar diversas contextualizações de acordo com a derivação a que se refere, porém, algumas definições pode-se aplicar a uma diversidade de técnicas: uma ampla variedade de atividades que procura expandir e ressaltar o alcance da mente e seu funcionamento, produzido pelas formas de disciplina sensório-motora, que se configura em permanecer sentado, em silêncio, olhos fechados, respirando de modo consciente para a concretude do relaxamento e desenvolvimento da consciência. (JOHNSON, 1995).

Os efeitos da meditação vêm sendo amplamente investigados, principalmente nos campos da saúde mental e física dos indivíduos. Seus efeitos têm sido associados a um maior bem-estar físico, mental e emocional. Este padrão também foi evidenciado para o gerenciamento de estresse com a percepção de maior autoconhecimento e menor responsividade ao estresse, após o uso da técnica. (WALSH, SHAPIRO, 2006).

A prática meditativa destaca-se ainda como uma experiência profunda, onde seus efeitos intensificam-se a partir da frequência de sua realização, com repercussões em diversos âmbitos da vida. É capaz também de promover melhor qualidade do trabalho, melhor tomada de decisões e melhor qualidade nas relações interpessoais, especialmente familiares, maior conexão espiritual e melhores condições para lidar com as sequelas relacionadas a situações de violência ou abusos (KANE, 2006).

Mediante estas considerações, foi elaborada a seguinte questão norteadora: Qual o efeito da meditação como intervenção de enfermagem relacionada ao estresse vivenciado por adolescentes frente ao *bullying*? Apresenta como proposição que poderá haver diferença significativa nos escores de estresse entre os adolescentes antes e após a intervenção de Enfermagem a partir da meditação.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo: avaliar o efeito do uso da meditação como uma intervenção de enfermagem, diante o estresse vivenciado por adolescentes frente ao *bullying*. Pretende-se contribuir em mudanças nas práticas de cuidado em saúde para os adolescentes, considerando a utilização da meditação pelo enfermeiro, na promoção de uma

intervenção que possa suscitar a implementação de novas estratégias de atenção à saúde para a educação básica.

2 PERGUNTA CONDUTORA

Qual o efeito da meditação como intervenção de enfermagem relacionada ao estresse vivenciado por adolescentes frente ao *bullying*?

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o efeito da meditação, como intervenção de enfermagem no estresse vivenciado por adolescentes frente ao *bullying*.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a vivência dos adolescentes diante o *bullying*;
- Verificar o escore de estresse relacionado ao *bullying* em adolescentes, a partir da aplicação da escala de estresse percebido (PSS);
- Realizar a intervenção em saúde com o uso da meditação em adolescentes com acompanhamento consecutivo dos registros dos parâmetros vitais antes e após a técnica adscrita;
- Descrever os efeitos do uso da meditação entre os participantes com a reaplicação do instrumento PSS.

3.3 HIPÓTESE

- **H0:** Não haverá diferença significativa nos escores de estresse entre os adolescentes antes e após a intervenção de Enfermagem a partir da meditação.
- **H1:** O escore de estresse entre os adolescentes que participarão da intervenção de Enfermagem com a meditação serão menores quando comparados aos escores anteriores a intervenção em saúde a partir da meditação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde no Brasil (MS), a adolescência é definida pela faixa etária que segue dos 10 anos de idade, até os 19 anos (BECHARA, 2013).

No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é registrada entre os 12 e 18 anos (TRABBOLD, 2016).

A categorização da idade, embora seja útil e necessária para a definição de responsabilidades, além de possibilitar o direcionamento da programação e implementação de Políticas Públicas, não pode ser construída de uma forma descontextualizada. Deve ser considerada integrada as variações e transições sociais, as diversas realidades, diante o desenvolvimento do ciclo vital humano (LYRA, SOBRINHO, RIBEIRO, CAMPOS, LUZ, MEDRADO, 2011).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2014), o Brasil possui aproximadamente 61,4 milhões de crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos. Em uma análise regional, notamos que a Região Norte, apresenta a maior proporção de crianças e adolescentes, representando quase 40% de sua população total, seguidas das regiões nordeste com 33,4% e região centro-oeste com 30,6%. Concentra-se um percentual de 82,8% em área urbana e apenas 17,2% em área rural (ABRINQ, 2016).

Durante a adolescência, ocorrem as principais modificações físicas, psicossociais e culturais, que se iniciam desde a puberdade e maturação dos órgãos sexuais, até o início do amadurecimento da identidade pessoal e sexual do indivíduo (ALBUQUERQUE, 2012). As manifestações biológicas corporais da adolescência decorrem da ação hormonal do eixo-hipofisário, ou seja, os hormônios sexuais promovem o desenvolvimento das gônadas, dos caracteres sexuais secundários, desenvolvimento da composição corporal, contribuindo para a efetivação da função reprodutora (DIEHL E VIEIRA, 2017).

Ressalta-se que a definição de adolescência necessita considerar os diversos aspectos que compõe esta etapa do ciclo vital. É fundamental diante este conceito, destacar as inter-relações dos aspectos sociais, culturais, religiosos, políticos, históricos, econômicos, educacionais e pessoais e suas influências nesta fase de desenvolvimento, considerando as subjetividades dos indivíduos, suas realidades, seus desejos e anseios, focalizados também na pluralidade dos diversos modos de viver dos adolescentes. As mais diversas experiências de

vida destes jovens irão direcionar os enfoques para as práticas e ações de promoção a saúde, baseadas em suas realidades e diversidades, para a oferta de espaços de cuidados legítimos, focados numa proposta de vínculos, acolhimento humanizado e qualificado além da proposta de uma escuta amorosa. (LYRA, MEDRADO, OLIVEIRA, SOBRINHO, 2010; CAMPOS, 2008).

A sexualidade está presente em todas as fases da vida de todos os sujeitos, iniciando ao nascimento e estendendo-se até o momento da morte (MACEDO et al., 2013), porém, durante a fase da adolescência, a sexualidade apresenta-se movida pelo desejo, necessidade de afeto ou independência, manifestando-se de forma exploratória, permitindo a descoberta de novos desejos e potencialidades, numa relação com o novo corpo (SILVA JÚNIOR et al., 2016).

Nesse período pode-se observar-se também a experimentação da sexualidade, a qual envolve práticas e desejos interligados a diferentes formas de sentir prazer e se satisfazer. (MACEDO, 2013).

De acordo com Foucault (1988), a concepção de sexualidade, relaciona-se a fatores que envolvem os fenômenos biológicos da reprodução, os aspectos individuais e sociais do comportamento humano, as regras religiosas e educativas, além das modificações vivenciadas pelos indivíduos diante seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos. Portanto, a experiência sexual se constrói e se produz diante um conjunto complexo de processos sociais, culturais e históricos (FOUCAULT, 1988; DIEHL E VIEIRA, 2017).

A identidade sexual se define como o conjunto de características sexuais que diferenciam as pessoas e se expressam pelas preferências sexuais, sentimentos ou atitudes em relação ao sexo. A identidade sexual nem sempre está de acordo com o sexo biológico.

A orientação sexual se correlaciona pela direção do desejo sexual, ou seja, o indivíduo heterossexual estaria relacionado a uma pessoa que sente atração/desejo por pessoas do gênero oposto, o homossexual corresponderia à pessoa que apresenta atração/desejo pelo mesmo gênero. Quando o desejo/atração direciona-se para pessoas de ambos os gêneros, teríamos a definição de bissexual e, quando não há registro de desejo/atração por outra pessoa, conclui-se como alguém assexual (HEALTH, 2004; HYDE, 2008; DIEHL E VIEIRA, 2017).

Observa-se que a compreensão das variações da orientação sexual humana, além das vulnerabilidades individuais e coletivas, permite perceber que a homossexualidade apresenta-se como uma variação de normalidade da sexualidade, assim como a heterossexualidade, o que vem a direcionar o profissional de saúde e/ou educador para a promoção de intervenções

terapêuticas que visem a autoaceitação do adolescente, sua qualidade de vida, remissão da ansiedade e sofrimento psíquico relacionados aos conflitos sobre sua própria sexualidade, diante mitos, preconceitos e/ou tabus perpetuados e reproduzidos socialmente, com destaque para a homofobia (CABAJ, 2008; DIEHL E VIEIRA, 2011; DIEHL E VIEIRA, 2017).

Portanto, as crenças e os mitos referentes à sexualidade na adolescência, além dos aspectos voltados para a orientação sexual, necessitam ser discutidos a partir de estratégias que reconheçam os adolescentes como sujeitos e co autores no exercício de sua sexualidade. Faz-se fundamental, portanto, uma aprendizagem mais reflexiva, voltada para o reconhecimento dos direitos humanos, no que concerne à sexualidade, a discriminação e a violência relacionada às questões de gênero e orientação sexual (SILVA, 2017).

Observa-se, portanto que quanto menor a expansão da autoconsciência do indivíduo, mais exposto eles estarão as ações dos fatores estressores, ou seja, agentes que permeiam uma relação direta com a sua qualidade de vida (CIESLA *et al*, 2012; ASSIS, PORTELA e MALVA, 2016).

4.2 ESTRESSE NA ADOLESCÊNCIA

A palavra estresse deriva do vocábulo francês *destresse*, que significa “ser colocado sob aperto ou opressão”. “Posteriormente, foi incorporado ao idioma inglês associado à denotação de “pressão”, onde foi grafado como *stress*. Para o idioma português utiliza-se a expressão *estresse* (FONTANA, 1991; MACHADO 2011).

O Estresse caracteriza-se por uma resposta não específica do organismo diante a agentes ameaçadores de sua integridade, ou seja, altera-se a posição de homeostase do organismo.

O indivíduo frente a estímulos ameaçadores e constantes, sem tempo hábil para a adaptabilidade, inicia um quadro de desequilíbrio, que pode vir a desencadear sintomatologias físicas e/ou mentais, culminando para quadros agudos, crônicos e, em casos extremos, levando a morte (SELYE, 1965; MARQUES 2015).

As respostas ao estresse são mediadas pelo sistema nervoso autônomo (SNA) e pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com ações expandidas para todo o organismo. O SNA está direcionado para a resposta mais imediata à exposição ao fator estressor, a partir dos sistemas, simpático e parassimpático, que provocam alterações rápidas nos estados fisiológicos, ou seja, a inervação simpática pode rapidamente aumentar a frequência cardíaca (FC), a pressão arterial (PA), a contratilidade e velocidade de condução na área cardíaca,

através da liberação de noradrenalina e adrenalina pela estimulação simpática das células da medula da glândula adrenal. A hipertensão arterial, portanto, considera como fator etiológico o estresse crônico (HERMAN, 2009; MARKOVITZ, 1993; ZUARDI, 2014).

Selye (1965) pôde constatar que vários fatores poderiam ocasionar o estresse no organismo produzindo padrões fisiológicos semelhantes. Ao processo de reação a esses fatores, conceitua-se a Síndrome de Adaptação Geral (SAG), a qual se constitui das seguintes fases: a fase de alarme, a fase da resistência e a fase de exaustão. A fase de alarme estaria relacionada a resposta inicial ao fator estressor, onde se desencadeiam reações fisiológicas como aumento de pressão arterial e a tensão muscular, além da elevação do nível de atenção e velocidade no pensamento. Na fase da resistência, observa-se a persistência do estressor, a partir de uma resposta passiva do organismo frente à adaptação. E, na fase de exaustão verifica-se que o organismo apresenta sinais de enfraquecimento, exaurindo sua reserva de energia adaptativa, falta de resistência ao estressor, adoecimentos graves, podendo levar à morte.

Lipp (2003) permite ainda, ampliar o modelo trifásico proposto por Selye, apresentando o modelo quadrifásico, o qual considera o período de quase exaustão. Esta fase estaria inserida entre as fases de resistência e exaustão, e se caracterizaria pela persistência dos fatores estressores em frequência e intensidade, possibilitando uma ruptura na resistência, presença inicial de sinais de deterioração em órgãos mais vulneráveis, fomentando assim, o surgimento de quadros de adoecimentos físicos e/ou psicológicos (LIPP, 1996).

As respostas orgânicas ao estresse possibilitam o aparecimento de quadros de adoecimentos físicos, tais como: hipertensão arterial, úlceras gastro-duodenais, câncer, psoríase, vitiligo, retração gengival, dentre outras. Em relação à produção de reações emocionais, destaca-se: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além dos riscos para o surgimento de quadros psicóticos e crises neuróticas em pessoas predispostas (LIPP e MALAGRIS, 2001; SELYE, 1965; LIPP, 2001).

A adolescência, período onde ocorrem intensas mudanças corpóreas e transições emocionais relacionadas aos picos hormonais, além das incertezas relacionadas aos conflitos existenciais, passagem para a vida adulta e expectativas quanto ao futuro, podem influenciar aspectos relacionados a autoestima, provocar o aparecimento do estresse e quadros depressivos (ZIMPEL, 2005).

Portanto, o estresse pode estar presente na vida de grande parte dos adolescentes. E sua resposta deve ser entendida como um processo relacionado a um desgaste total do

organismo, gerado por estímulos que desfazem seu equilíbrio interno, podendo provocar distúrbios psicossomáticos, desconfortos abdominais, fadiga crônica, dores musculares alterações psicológicas, cognitivas, fisiológicas e interpessoais (TRICOLI, 2006; ARAÚJO et AL, 2012).

Outras reações fisiológicas relacionadas ao estresse, vivenciadas pelos adolescentes, se relacionam as experiências voltadas para o *bullying*. A repetição destas experiências pode levar a presença de uma hiperexcitação do Sistema Nervoso Central, elevados níveis de medo, ansiedade, irritabilidade, os quais poderão resultar em conseqüências na saúde física e mental durante a idade adulta (WILLIAMS et AL, 2011).

4.3 *BULLYING*, *BULLYING* HOMOFÓBICO E AMBIENTE ESCOLAR

O *bullying* apresenta-se como uma problemática endêmica nos ambientes escolares de todo o mundo. Registra-se como marco desta realidade, o incidente ocorrido em 1999, na Columbine High School em Denver no Estado do Colorado. Neste ano, em 20 de abril, dois estudantes, Eric Harris (18 anos) e Dylan Klebold (17 anos), assassinaram 12 estudantes, um professor, ferindo ainda 20 estudantes e consecutivamente cometeram suicídio. O evento suscitou inúmeras discussões a respeito da motivação, que estaria relacionada para a vingança diante a exclusão escolar vivenciada pelos dois jovens, onde, em momentos, apresentavam-se também como agressores de outras vítimas. Foi possível ampliar também nos ambientes escolares, discussões relacionadas a relação aluno e professor, bem como a existência de relações abusivas e violentas, além da garantia da segurança do espaço escolar (SILVA, 2015).

No Brasil, destacam-se os casos ocorridos em Taiúva no estado de São Paulo (SP), e em Remanso, na Bahia (BA). Em ambos os casos, os adolescentes, eram vítimas do *bullying*, vivenciando constrangimentos e sentimentos de humilhação durante vários anos no ambiente escolar. Em Taiúva (SP) o Jovem Edmar que durante a adolescência apresentava um quadro de obesidade. Após concluir o Ensino Médio, em 2003, retornou à sua ex-escola, em posse de uma arma, onde, feriu uma professora, seis alunos, o zelador, matando-se em seguida. Em Remanso (BA), o jovem Denilton com 17 anos, em 2004, após se deparar com a suspensão das aulas de sua escola anterior e, escola atual, dirigiu-se à residência de seu principal agressor, um adolescente de 13 anos, no qual realizou disparos com um revólver. Consecutivamente, se dirigiu à escola de informática que já havia freqüentado, atirando contra funcionários e alunos, atingindo fatalmente uma trabalhadora e outras três pessoas. Esses

casos vieram a promover discussões diante as suas gravidades, necessidades de realização de ações e discussões nos ambientes escolares, fortalecendo a instrumentalização para o acolhimento às vítimas, seus agressores e suas redes sociais comunitárias (CALHAU, 2009; ASSIS, 2010; FANTE, 2005; FANTE, 2008).

De acordo com Olweus, pesquisador pioneiro sobre violência na escola, desde a década de 1970, o *bullying*, refere-se as ações físicas e sociais negativas que são cometidas intencionalmente, repetidamente, ao longo do tempo por uma ou mais pessoas contra um indivíduo que não pode se defender facilmente (OLWEUS, 1991; ALBUQUERQUE, 2013). O *bullying* também pode ser caracterizado pelo uso do poder com a motivação de controlar seus pares (CRAIG ET AL. 2009; LAMB, PEPLER E CRAIG 2009)

O *bullying* pode ser elencado em algumas categorias: **física**, que envolve comportamentos como empurrar, bater, chutar; **verbal**, que inclui ameaças, insultos e xingamentos; **relacional**, que se refere a atos que danifiquem o relacionamento entre pares, como exclusão de atividades, propagação de fofocas, calúnias e mentiras; e o **sexual**, envolvendo condutas, comentários de natureza sexual, assédios e/ou abusos (ORPINAS; HORNE, 2006).

Há ainda o *cyberbullying*, no qual as agressões são feitas por meio de recursos eletrônicos, como computadores, redes sociais, tablets e celulares (LAMB ET AL., 2009; TRAUTMANN, 2008).

As consequências relacionadas às vivências relacionadas ao *bullying* podem ser graves e duradouras ao longo do tempo, incluindo morbidades como: ansiedade, estresse, baixa autoestima, depressão, insônia e afastamento escolar. Esses aspectos influenciarão negativamente as condições de saúde e de aprendizagem de crianças e adolescentes em idade escolar (OLIVEIRA ET AL, 2016; ZEQUINÃO ET AL 2017).

O *bullying* é considerado um fenômeno social, em que a violência vivenciada entre agressores e vítimas é reforçada através da interação social entre os membros do grupo (Lisboa, 2005). O agressor é considerado como um indivíduo que busca liderança dentro do grupo, ou seja, age de forma agressiva contra um colega, com a intenção de machucar, prejudicar, sem ter havido provocação por parte da vítima (BERGER, 2007). O agressor, em momentos, tem opiniões positivas sobre si mesmo, sente prazer em causar dano nos outros e geralmente é mais forte que seu alvo, alcançando popularidade entre os pares (LOPES, 2005). Apresentam tendências para comportamentos de risco, como o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, podendo ainda desenvolver sentimentos de culpa pelos atos inadequados, isolamento ou exclusão social (CANTINI, 2004; ROLIM, 2008).

Já a vítima, refere-se à criança ou adolescente que é exposto de maneira repetida a ações agressivas e abusos, caracterizando-se então por um comportamento social inibido, passivo, submisso. Habitua-se a sentir medo, vergonha, autoestima diminuída, aumentando a probabilidade de vitimização continuada (MIDDELTON-MOZ & ZAWADSKI, 2007). Apresentam até três vezes mais chances de sofrer com cefaléias, cólicas abdominais, ansiedade, estresse e, até cinco vezes mais chances de ter insônia quando comparadas às crianças e adolescentes que não são vítimas (ROLIM, 2008). Segundo Lopes (2005), a redução da prevalência de *bullying* nas escolas necessita ser uma medida de saúde pública efetiva para os projetos e planejamentos educacionais.

Em 2015, no Brasil é sancionada a lei nº 13185, a qual institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) em todo o território nacional. Considerando como intimidação sistemática (*bullying*), todo ato de violência física ou psicológica, intencional e repetitivo que ocorre sem motivação evidente, praticado por indivíduo ou grupo, contra uma ou mais pessoas, com o objetivo de intimidá-las ou agredi-las, causando dor e angústia à vítima, numa relação de desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas. A intimidação sistemática pode ser classificada conforme a ação praticada: verbal, moral, sexual, social, psicológica, física e material.

Dentre as intimidações sistemáticas, destaca-se: ataques físicos, insultos pessoais, chantagens, assédios, comentários sistemáticos e pejorativos, ameaças por quaisquer meios, abusos, destruição de pertences, expressões preconceituosas, além do isolamento social consciente e premeditado.

Registra-se também, a prática do *bullying*, vivenciada a partir da rede mundial de computadores (*cyberbullying*), ou seja, criar meios para o constrangimento psicossocial, a partir de incitação a violência, adulteração de fotos e dados pessoais diante a internet (BRASIL, 2015).

A prática do *bullying* ainda pode está relacionada a orientação sexual ou identidade de gênero real ou percebida da vítima, o qual define-se como o *bullying* homofóbico. Esta abordagem poderá ser dirigida a meninas, meninos, assim como a jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) (OHCHR, 2011).

O *bullying* homofóbico pode apresentar-se de várias formas, como: xingamentos, ridicularização, intimidação, violência física, destruir os pertences de alguém, promoção do isolamento social, *cyberbullying*, violência sexual e ameaças de morte. Os autores de *bullying* homofóbico no ambiente escolar costumam serem alunos, mas em alguns casos podem-se visualizar professores e outros funcionários (JENNETT, 2004).

Os dados disponíveis sobre *bullying* homofóbico em instituições de ensino, embora alguns países apresentem evidências, impulsionam para a necessidade de ampliação de pesquisas nesta temática, visto que as informações coletadas destacam que a magnitude deste problema seja considerável.

No Brasil, em pesquisa realizada com adultos em 2009 registra-se que, mais de 40% dos homens gays relataram terem sido agredidos fisicamente enquanto estavam na escola (UNESCO, 2009).

O *bullying* homofóbico pode ter efeitos adversos na saúde mental e psicológica dos adolescentes, o que por sua vez repercute negativamente em seu processo de educação, ou seja, vem a impactar nas oportunidades educacionais e de aprendizagem para os adolescentes. Evidências obtidas em inúmeros países mostram que a exposição ao *bullying* homofóbico provoca: redução da frequência escolar, abandono escolar precoce, queda de desempenho e rendimento acadêmico, perda de confiança no ambiente escolar, redução da autoestima, medo, estresse, sofrimento psicológico e isolamento social. No Brasil, foi demonstrada uma associação entre vitimização e resultados educacionais negativos, sendo os piores resultados observados entre vítimas do *bullying* homofóbico (UNESCO, 2013; ALEXANDER, 2011).

Em um estudo realizado em 2009, com adolescentes irlandeses vítimas do *bullying* homofóbico verificou-se, maiores probabilidades para o adoecimento mental, diante a presença de automutilações e ideação suicida entre os jovens com idades de 16-17 anos, participantes do estudo. Destaca-se também, sintomas depressivos, ansiedade, isolamento social e distúrbios do sono. Portanto, os alunos que são alvos de *bullying* homofóbico na escola, têm maiores probabilidades para o sofrimento psíquico e mental (MAYOCK, P. et AL, 2009). Faz-se necessário que o ambiente de aprendizagem proporcione ações voltadas para desenvolvimento social e emocional dos adolescentes, assegurando o direito a dignidade humana e as liberdades fundamentais para a realização de seu pleno potencial humano (UNESCO, 2007; UNESCO, 2011).

Em 2004, no âmbito do Programa Direitos Humanos, foi lançado o programa Brasil Sem Homofobia, um Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população LGBT, com o objetivo de promover a cidadania respeitando a especificidade de cada grupo populacional. Para atingir tal objetivo, o Programa se constitui por diretrizes voltadas para o apoio a implementação de projetos para a promoção da cidadania, além da prevenção da discriminação e homofobia nas escolas (BRASIL, 2004; TORRES, 2017).

Entre dezembro de 2015 e março de 2016, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Estudantes LGBT e o Ambiente Escolar em parceria com a Associação Brasileira de

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLTA), o Instituto Brasileiro de Diversidade Sexual e, o Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná. A amostra final foi composta por 1.016 estudantes com idades entre 13 e 21 anos. Participaram estudantes de todos os estados e do Distrito Federal, com a exceção do Tocantins (ABGLT, 2016).

Os participantes responderam um questionário online sobre suas experiências na escola durante o ano letivo de 2015, incluindo escutas sobre comentários preconceituosos, sensação de (in) segurança, vivências relacionadas a agressões e estar na escola. Quase a metade da amostra, se identificou como sendo do gênero feminino (46,9%). A maioria se identificou como sendo gay ou lésbica (70,7%) e os/as demais respondentes se identificaram como bissexuais ou como tendo outra orientação sexual que não a heterossexual. A maioria desses/as estudantes LGBT frequentou o ensino médio em 2015 (ABGLT, 2016).

Ainda de acordo com os participantes do estudo: 60% se sentiam inseguros/as na escola no último ano por causa de sua orientação sexual; 48% ouviram com frequência comentários LGBTfóbicos feitos por seus pares e 73% foram agredidos/as verbalmente por causa de sua orientação sexual. Os/as estudantes LGBT que vivenciaram níveis mais elevados de agressão verbal por causa da orientação sexual ou expressão de gênero apresentavam uma probabilidade de 1,5 vezes maior em relatar níveis mais elevados de ansiedade e depressão (ABGLT, 2016).

Neste cenário, foi conclusivo o destaque para a necessidade do ambiente escolar de produzir ações que possam promover o respeito às diferenças além de, fortalecer a cultura de paz e a convivência harmônica, respaldadas em decisões regulamentadas no âmbito nacional e internacional a partir de: Declaração Universal dos Direitos Humanos, Constituição Federal Brasileira, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/1996, Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990, Estatuto da Juventude – Lei nº 12.852/2013 e da Lei Nacional de Combate ao *Bullying* – Lei nº 13.185/2015.

Diante a necessidade de prevenção e combate a prática da intimidação sistemática (*bullying*) em toda a sociedade, constituem objetivos do Programa de Combate ao *Bullying*: capacitar docentes e equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, prevenção, orientação e solução do problema; implementar e disseminar campanhas de educação, conscientização e informação; instituir práticas de conduta e orientação de pais, familiares e responsáveis diante da identificação de vítimas e agressores; promoção da assistência emocional, psicológica, social e jurídica às vítimas e aos agressores; integrar os meios de comunicação de massa com as escolas e a sociedade, como forma de identificação e

conscientização do problema e forma de preveni-lo e combatê-lo; deverão ser produzidos e publicados relatórios bimestrais das ocorrências de intimidação sistemática (*bullying*) nos Estados e Municípios para planejamento das ações; privilegiar mecanismos e instrumentos alternativos que promovam a efetiva responsabilização e a mudança de comportamento hostil dos agressores além de promover a cidadania, a capacidade empática e o respeito a terceiros, nos marcos de uma cultura de paz e tolerância mútua na comunidade escolar (BRASIL, 2015).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento de ações para o desenvolvimento integral da comunidade escolar, através da articulação de programas e projetos que conectem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Essa iniciativa destaca que escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças.

O PSE, a partir de suas diretrizes, destaca as seguintes estratégias para a produção de aprendizagens significativas, éticas inclusivas e qualidade de vida de crianças e adolescentes: formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; promoção e articulação de saberes, entre alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção de políticas públicas voltadas para a saúde e educação; desenvolver ações de saúde e cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde; fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações (BRASIL 2011).

Nesse sentido, estabelecer um trabalho efetivo de integração e corresponsabilização entre os profissionais da saúde e da educação fortalece construções culturalmente congruentes, para a abordagem das situações-problema surgidas envolvendo crianças e adolescentes. A compreensão de que o ambiente escolar é um espaço onde pode emergir expressões de conflitos, situações de violência, além de sintomatologias, possibilita conhecer as condições sociais, educacionais e familiares dos alunos, favorecendo, portanto, a trocas de saberes e produção de cuidado, para a construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos, guiados por avaliações psicossociais interdisciplinares sistemáticas.

De acordo com a Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE), realizada em 2015 com um total de 2 630 835 escolares, onde, 48,7% eram do sexo masculino e 51,3% do sexo feminino, foi possível destacar em relação as violências sofridas pelos estudantes no âmbito escolar que; 15,1% das meninas e 13,8% dos meninos registraram vivências relacionadas a

violências física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação. Em relação a experiência do *bullying* entre os adolescentes, verifica-se que, (61%) registra a vivência do *bullying*, porém não define o motivo, (15,6%) relaciona a aparência do corpo, (10,9%) destaca a aparência do seu rosto (10,9%) e (2,1%) correlaciona a sua orientação sexual – (2,1%). Destarte ainda que o Estado de Pernambuco (18,0%) teve o maior percentual para o indicador de violência relacionada a população adolescente.

De acordo com a Organização Internacional de Jovens e Estudantes de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Gays – IGLYO, a qual possui sede na Europa e concentra atividades em mais de 40 países, destaca algumas diretrizes com o objetivo de minimizar a prática do *bullying* homofóbico no contexto escolar e envolver os adolescentes e docentes para este cuidado. A escola precisa acolher a formação de todos os sujeitos para a educação em direitos humanos, para a educação e sexualidade e para a educação emocional. Os currículos e materiais de ensino precisam estar pautados em temáticas que evidenciem as políticas *antibullying* e outras políticas inclusivas. O ambiente escolar deverá proporcionar o acesso a informação e apoio, apoio extramuros e apoio comunitário. A IGLYO destaca também a importância para a formação de redes no território além da promoção de um ambiente seguro, democrático, participativo e integrativo (IGLYO, 2007).

No Brasil, Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado a partir da lei 13.005, de 25 de junho de 2014, com vigência para os dez anos posteriores, apresenta como principais diretrizes: superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação; formação para o trabalho e para a cidadania; além da promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental.

O PNE destaca vinte metas estruturantes para a garantia do direito à educação básica com qualidade, com relação ao acesso, à universalização da alfabetização e à ampliação da escolaridade e as oportunidades educacionais. Neste contexto, elenca a necessidade do fortalecimento, acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola e ao atendimento educacional especializado, bem como do desenvolvimento escolar dos (as) alunos (as) juntamente com ações para o combate às situações de discriminação, preconceito e violência, com vistas ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso educacional (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com o Programa Brasil sem Homofobia, destaca-se também, necessidade de se consolidar o acesso a saúde como direito, por meio de ações educativas,

definição de políticas de saúde específicas para a população LGBT, além de destacar a necessidade do cuidado voltado para a saúde mental destes usuários (BRASIL, 2004).

Outro documento normatizador e norteador para a garantia de direitos, de acordo com as necessidades e especificidades da população LGBT, seria a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. A Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais apresenta como objetivo norteador: promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013).

Dentre os objetivos específicos definidos pela Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais pode-se elencar: ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT, dentre outros. Estes objetivos visam nortear as ações de educação e saúde a serem executadas no âmbito das esferas federal, estaduais e municipais do território nacional (BRASIL, 2013).

4.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E MEDITAÇÃO

A palavra meditação reflete uma variedade de práticas de contemplação originadas em tradições espirituais de diversas sociedades e culturas, assumindo especial importância no continente asiático. Configura-se como uma prática contemplativa baseada no treinamento da

atenção, envolvendo também a observação de fenômenos no campo de consciência, com fins diversos (PRUDENTE, 2014).

As primeiras referências foram encontradas na Índia a partir de registros pictográficos datando de cerca de 1500 A.C a 2000 A.C, além da forma escrita filosófica conhecida como Upanishads capítulos especiais dos Vedas, reconhecidos como os textos mais importantes originários do Hinduísmo (GOLEMAN E SCHWARTZ, 1976). Observam-se também na China, registros antigos da prática da meditação que se desenvolveram a partir de tradições nativas, anteriores à codificação do Taoísmo (MURPHY ET AL, 1997; PRUDENTE, 2014).

As práticas meditativas vêm sendo conduzidas a partir dos aspectos históricos e culturais em diversas tradições e linhagens internas, tais como: o Budismo, Vedanta, Yoga, e Taoísmo (GOLEMAN, 1997; LEVINE, 2000).

Em cada uma destas tradições filosóficas, a meditação se apresenta como uma prática fundamental para trilhar o caminho espiritual no alcance de um estado de consciência novo, que seria caracterizado pela:

``transcendência das ilusões e condições restritivas a que normalmente estamos submetidos, o que no ocidente chamaríamos iluminação – e em termos nativos se chamaria de moksha (hinduísmo), nirvana (budismo indiano), ou satori (zen)`` (PRUDENTE, 2014).

Portanto, a meditação inicialmente marcada pelo ritualismo mágico seguiu a partir dos séculos, em seu contexto filosófico religioso como caminho para o autoconhecimento, para alcançar o controle mental, o equilíbrio, a tranqüilidade interior, dentre outros benefícios, o que despertou um grande interesse de pesquisadores principalmente a partir da década de 60, onde, estudos clínicos começaram a ser publicados por profissionais da área da saúde utilizando a meditação como intervenção terapêutica (PRUDENTE, 2014; KOZASA, 2002).

A partir da segunda metade do século XIX, observa-se a disseminação da prática meditativa no ocidente. A aproximação de estudiosos espiritualistas oriundos da Europa e dos Estados Unidos evidencia-se um período de inovações guiadas por novas visões filosóficas e correntes espiritualistas fortalecidas pelas tradições orientais. Com a realização do World Parliament of Religions em 1883 em Chicago, registra-se a ampliação dos ensinamentos asiáticos pelo país, fomentando a implantação dos primeiros templos hindus ocidentais (MURPHY et AL, 1997).

Pode-se destacar também na década de 1970 as principais pesquisas relacionadas ao uso das práticas meditativas e seus benefícios a partir das evidências científicas.

Em 1975, o cardiologista norte americano, Herbert Benson, destaca em sua obra *The Relaxion Response*, os benefícios da meditação na promoção de um estado de relaxamento profundo durante o tratamento e a recuperação de seus pacientes. Neste momento, Benson conseguia perceber a meditação provocava uma resposta de relaxamento, capaz de induzir a diminuição da atividade de músculos e órgãos, inversamente contrários à resposta desencadeada pelo estresse. Dessa forma, reequilibrava o individuo tanto no aspecto físico como mental evidenciado também a partir dos valores pressóricos de seus pacientes (BENSON, 1995; MARCHIORI, 2012).

Posteriormente, Benson a partir de outros estudos com o Dr. Robert Keith Wallace da Universidade da Califórnia utilizaram a técnica da meditação transcendental (MT) com alguns pacientes. Esta prática consiste em sentar com os olhos fechados por um período de 15 a 20 minutos, duas vezes ao dia, buscando repetir (pode ser mentalmente), uma palavra ou um som mantrado que possua algum significado pessoal. A partir desta pesquisa, Wallace e Benson, conseguiram identificar que os meditadores, em resposta a prática, reduziram: o metabolismo, a taxa de respiração, a frequência cardíaca e a atividade cerebral, destacando também como benefícios da MT; controle da ansiedade, como coadjuvante no tratamento da depressão, como auxiliar no tratamento da hipertensão, no alívio da dor e tensão pré-menstrual, em quadros de insônia, nas alterações de humor e em doenças que pudessem surgir em decorrência do estresse e da ansiedade (BENSON E WALLACE, 2000).

Em 1979, o médico americano, Jon Kabat-Zinn, praticante da meditação budista, realizou o primeiro programa de Consciência Plena em 1979, na Escola de Medicina da Universidade de Massachussets utilizando a meditação consciente concomitantemente com yoga para pacientes com dor crônica (enxaqueca e tensão) e quadros de estresse que não respondiam aos tratamentos convencionais. O programa consistia em oito semanas, com duração de 1,5 horas, para a realização de uma prática meditativa voltada para a atenção plena ao momento presente, sem críticas ou julgamentos, permitindo que o meditador percebesse padrões de pensamentos negativos de maneira precoce, pensamentos e emoções relacionadas aos fatores estressores, proporcionando um estado de consciência profundo e compassivo com a sua subjetividade (DEMARZO, 2011; WILLIAMS, 2015; KABAT-ZINN, 1982).

Após o período de oito semanas, Jon Kabat-Zinn verificou que os pacientes apresentaram redução no consumo de analgésicos, diminuição das dores, além de perceberem que quatro anos após o final do treinamento para a meditação consciente, os benefícios ainda se mantinham em suas rotinas. Neste mesmo período, Jon Kabat-Zinn criou o Programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (KABAT-ZINN, 2013). O MBSR trata-se de

uma forma de intervenção estruturada como um programa de atividades presenciais, com um instrutor e a distância, combinando técnicas simples de meditação, sem relação com crenças religiosas. A eficácia e a efetividade do MBSR foram estudadas em uma variedade de pacientes, incluindo usuários com diagnóstico de câncer, depressão, cardiopatias, além de indivíduos considerados saudáveis e profissionais de saúde nos mais diversos cenários do cuidado (DEMARZO, 2011; KABAT-ZINN, 2003; TEASDALE, 2016).

Observa-se então, que as práticas meditativas, podem ser caracterizadas, como exercícios de autorregulação focalizados em treinamentos da atenção e autoconsciência, para a promoção de maior controle voluntário pelo indivíduo, possibilitando o desenvolvimento de habilidades como a tranquilidade, a clareza e a concentração, objetivando sua atenção, com destaque para o momento presente e sem julgamentos (MENEZES, 2009; REMPEL, 2012; RODRIGUES, 2014).

As práticas meditativas se distinguem de acordo com o processamento sensorial e cognitivo requeridos por elas, ou seja, se diferenciam a partir de suas técnicas, procedimentos, objetivos, conteúdos e crenças (SHEAR, 2006). As técnicas se diferem de acordo com o conjunto de recursos intelectuais e psíquicos utilizados a partir da mente humana, tais como: habilidades da memória, raciocínio, consciência corporal, atenção, sentimento e visualização (SHEAR, 2006; SOUZA, 2017). Os procedimentos distinguem-se a partir dos recursos que são utilizados, quer sejam por métodos ativos, passivos, com esforço e/ou sem esforço, além das diferenças nos objetos aos quais se dirigem como, imagens, conceitos, pensamentos, aspectos do corpo, entre outros. As evidências a partir de eletroencefalogramas registram diferenças neurofisiológicas associadas aos processos cognitivos e/ou comportamentais consecutivos a cada técnica meditativa (SOUZA, 2017; TRAVIS, F.; SHEAR, 2010).

Cardoso (2009) destaca também cinco parâmetros baseados nos aspectos clínicos correlacionados com a prática meditativa, ou seja, a meditação estaria relacionada a um estado autoinduzido e autoaplicável, obtido por uma técnica específica que utiliza um foco ou ancoragem para evitar sequências de pensamento, sensações ou distrações, fomentando um estado de não julgamento para a promoção de um relaxamento psicofísico e muscular.

De acordo com as abordagens utilizadas, existem dois tipos gerais de meditação: meditação de concentração e meditação de atenção plena. A meditação de concentração enfatiza o foco da atenção para um objeto e a sustentação desta atenção por focalização, até que a mente atinja um aquietamento dos pensamentos. A prática desta abordagem produz relaxamento e clareza mental (KRISANAPRAKORNKIT *et al*, 2009). Na meditação de atenção plena, o destaque seria para a abertura da percepção dos conteúdos vão emergindo

na mente e o indivíduo não julga nem reage aos seus próprios pensamentos e emoções. Esta técnica favorece a reconstrução de padrões prévios de comportamento, possibilitando a reelaboração de novas estratégias para lidar com os eventos da vida (KRISANAPRAKORNKIT *et al*, 2009). Destaca-se ainda um outro tipo de meditação denominado contemplativo que integra tanto a habilidade de focalizar quanto a de se abrir (SHAPIRO, 1981; SHAPIRO, SCHWARTZ & SANTERRE, 2005; RODRIGUES, 2014).

De acordo com Menezes e Dell’Aglío (2009), a prática meditativa pode ser dividida em duas formas principais: concentrativa – quando há o treino da atenção para um foco, como a respiração, a contagem sincronizada à respiração, um mantra ou uso de algum som, e sempre que houver uma distração ou interrupção, o praticante deve simplesmente retornar a sua atenção ao foco; mindfulness – caracterizada pela consciência da experiência do momento presente, com uma atitude de aceitação, em que nenhum tipo de elaboração é utilizado. À medida que estímulos internos ou externos atingem a consciência o praticante simplesmente os observa sem qualquer reflexão ou ruminação (MENEZES; DELL’AGLIO, 2009). Stevens (2010) destaca ainda, outros dois tipos de prática meditativa: ativa e passiva. Na meditação passiva se estabelece alguma forma de contemplação ou introspecção, como ocorre na Meditação Transcendental (MT), Siddha Yoga, Raja Yoga e em inúmeras práticas meditativas, com o objetivo de tornar a mente mais calma e atenta. Já a meditação ativa é quando o meditador continua em suas atividades diárias e começa a desenvolver sua autoidentidade, incluindo, no seu cotidiano, a prática constante da consciência plena em suas ações (RODRIGUES, 2014).

De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, em de 27 de março de 2017, a partir da Portaria nº 849 inclui novas práticas integrativas para o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se: a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

A Meditação é definida como uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase" (BRASIL, 2017).

A prática da meditação permite o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Permite ao

indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Constituindo, portanto, um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para todo o ciclo vital, no fortalecimento do sistema cognitivo, promovendo a concentração, auxiliando na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde, estimulando o bem-estar, o relaxamento, a redução do estresse, a hiperatividade e os sintomas depressivos (BRASIL, 2017).

4.5 O CUIDADO DE ENFERMAGEM UNITÁRIO E HOLÍSTICO

De acordo com a agenda de 2030, os Estados membros das Nações Unidas adotaram um documento que apresenta como estratégia - transformando nosso mundo. Nesta agenda, destacam-se 169 metas que devem ser cumpridas por todos os países do mundo, construindo o caminho para a erradicação da pobreza, redução das desigualdades e dos impactos das mudanças climáticas e promovendo a justiça e a paz e segurança de todos. O cumprimento dessa agenda tem como principal potencial, impactar positivamente a vida das crianças e dos adolescentes no mundo e no Brasil. (ABRINQ, 2016).

De acordo com as metas, pode-se registrar: assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar; garantir que todos os alunos adquiram conhecimentos e habilidades necessárias para promover o desenvolvimento sustentável, incluindo, entre outros, por meio da educação estilos de vida sustentáveis, promoção dos direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não-violência, fortalecimento da cidadania global, e da valorização da diversidade cultural contribuindo para a qualidade de vida, bem-estar, cidadania e segurança das crianças e dos adolescentes (ABRINQ, 2016).

A Enfermagem, enquanto ciência humanística e humanitária compreende o indivíduo a partir de um olhar sinérgico, baseado em sua relação com o ambiente, padrões de vida, comportamentos e dinamicidade desta integração, no desenvolvimento dos processos vital, ambiental, social diante a promoção do autocuidado e consecutivamente para a garantia da qualidade de vida.

A prática da meditação, diante o impacto de seus efeitos clínicos: redução da ansiedade, dor e depressão, melhora do humor e autoestima, diminuição do estresse, têm levado enfermeiros de várias nacionalidades a buscar processos formativos na área, bem como

seus arcabouços teóricos e derivações, com destaque para a meditação budista, as técnicas de relaxamento, a abordagem transpessoal, mindfulness, entre outras. A partir de técnicas simples, podem ser sinalizadas junto aos usuários, estimulando consecutivamente o autocuidado, além de poder ser realizadas em diversos ambientes, como uma estratégia de prevenção primária, secundária e / ou terciária. (BONADONNA, 2003; ESPER, SILVA, GNATTA, 2016).

A resolução do COFEN- 0881/2018 que discorre sobre as especialidades do Enfermeiro por área de abrangência, destaca três grandes áreas, onde a área 1 relacionada a saúde coletiva; Saúde da criança e do adolescente e Saúde do adulto, pode-se identificar a respectiva subárea no item 30: Enfermagem em práticas integrativas e complementares. A habilitação está condicionada a respectiva formação nas diversas áreas, as quais são integrantes das práticas integrativas.

De acordo com a **Teoria do Ser Humano Unitário**, ou **ciência do ser humano unitário**, ou ainda, **Teoria focalizada no processo vital humano**, de autoria da Enfermeira norte-americana Martha Rogers, define que, o ser humano é um todo unificado possuindo uma integralidade individual, onde suas características manifestas resultam de um processo contínuo ampliado, a mais que apenas a soma de suas particularidades (ROGERS, 1970; GEORGE, 2000).

A Teoria do ser Humano Unitário, focaliza-se numa abordagem humana centrada em sua totalidade sinérgica, ou seja, o processo vital do ser apresenta um curso dinâmico, contínuo, criativo, evolutivo e incerto, relacionados a padrões variáveis e que se encontram em constantes mudanças. (GEORGE, 2000). Destaca que o indivíduo e o ambiente estão em contínua troca de energias e materiais, caracterizando-os como sistemas abertos existentes em uma Pandimensionalidade. Afirma também que o processo vital segue o seu desenvolvimento em etapas irreversíveis unidirecionais ao longo do tempo e espaço, ou seja, o indivíduo não consegue retornar a sua condição prévia diante as suas etapas evolutivas, ele expressará a totalidade dos eventos presentes como será influenciado pelos eventos precedentes. Registra que os padrões de vida, os quais refletem na totalidade e na identificação dos indivíduos, permite a auto-regulagem, o ritmo, o dinamismo, refletindo em um universo criativo, dinâmico e inovador ao ser. Portanto, o ser humano, caracteriza-se também pelas habilidades de abstração, visualização, linguagem, pensamento, sensibilidade e emoção (ROGERS, 1970; ROGERS, 1990; GEORGE, 2000).

Estes pressupostos centralizam quatro conceitos ou blocos identificados por Rogers: 1 - Campos de energia – sistemas abertos, ilimitados, indivisíveis, dinâmicos que se estendem

ao infinito; 2 – Abertura – permite a dinâmica troca entre os campos; 3 – Padrão – onda não fixa que modifica-se de acordo com a situação; 4 – Pandimensionalidade: domínio não linear que não é limitado pelo tempo e espaço, onde acontecem as trocas entre os campos. Logo, de acordo com Rogers:

... os homens unitários são definidos como campos de energias irredutíveis, pandimensionais, indivisíveis e identificados por padrão, manifestando características que são diferentes daquelas de suas partes, não podendo ser previstas pelo conhecimento dessas partes, com o ambiente sendo um campo de energia irredutível, pandimensional, identificado por padrão e manifestando características diferentes, porém integrantes da pessoa.
(ROGERS, 1990; GEORGE, 2000).

A compreensão de uma visão integral, relacionada a uma interação entre os campos humanos e ambientais, de uma maneira não linear rítmica e aberta, direciona a descrição do processo vital e seu desenvolvimento, fomentando o conceito da Homeodinâmica. A Homeodinâmica corrobora com o desenvolvimento do processo de cuidar do ser humano, valorizando sua relação criativa e contínua com o meio ambiente, permitindo ações e práticas de cuidado diversificadas, centradas nos seguintes princípios: Integralidade – ação que permite a troca mútua e simultânea entre os campos humanos e ambientais; Ressonância – princípio fundamentado nas mudanças no padrão humano e ambiental, ocasionadas pelas trocas energéticas com várias frequências de ondas e intensidades; Helicidade – sugere que a mudança de direção que acontece entre o campo humano e ambiental ocorra de maneira rítmica, promovendo respostas complexas, diversificadas ou novos padrões (ROGERS, 1990; SÁ, 1994; GEORGE, 2000).

A Teoria Rogeriana possibilita ampliar o olhar do cuidado de Enfermagem, direcionando-o para os aspectos intrínsecos a Fenomenologia, ou seja, busca conhecer os fenômenos manifestos a partir da consciência humana, possibilitando interpretar os comportamentos humanos e consecutivamente propor-lhes ações para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, seus relacionamentos interpessoais ou mesmo promover ações de tratamento ou cura. De acordo com a Fenomenologia, o ser humano é um ser concreto, aberto, voltado em todas as direções, que se permite ultrapassar e romper barreiras, por ser transcendente (HEIDEGGER, 1999; SÁ, 1994).

A capacidade de transcendência humana caracteriza-se também pelas infinitas possibilidades na utilização de seu potencial criativo, algo proposto diante a Teoria do Ser Humano Unitário, como um dos principais potenciais para a consolidação de uma prática de cuidado congruente e inovadora que permita novas possibilidades terapêuticas (SÁ, 1994)

Diante as novas modalidades terapêuticas, Rogers destaca a importância da compreensão e a aproximação do cuidado de Enfermagem na utilização de algumas práticas holísticas: Toque terapêutico, Música, meditação, cromoterapia entre outros.

A Teoria Rogeriana fortalece, portanto, o olhar holístico e integrado da prática de Enfermagem, na utilização de métodos terapêuticos, cientificamente embasados, não invasivos, que explorem a interação simultânea entre os campos pandimensionais humano e ambiental (SÁ, 1994).

5 MÉTODO

Estudo analítico, longitudinal, descritivo, prospectivo, de intervenção, do tipo casos múltiplos.

Considera-se o delineamento de casos múltiplos como a estratégia mais adequada quando se propõe a descrever uma intervenção, investigar um fenômeno contemporâneo, possibilitar a captação de diferentes pontos de vista, aspectos objetivos e subjetivos presentes em uma situação social. No que se referem à validade interna, os estudos de casos múltiplos, são avaliados pela qualidade de articulação teórica e adequação entre os modelos de análise e modelos teóricos utilizados. Quanto à validade externa, não há pretensão de possibilitar generalização estatística, mas objetiva-se possibilitar a generalização analítica, através da expansão e criação de teorias (YIN, 2015).

5.1 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

O estudo de casos múltiplos revela-se como uma investigação empírica que busca desenvolver e aprofundar um evento contemporâneo. Descreve-se com exatidão como um método abrangente que contempla desde o planejamento inicial da pesquisa, o traçado de suas partes constituintes, procedimento de coleta dos dados e as abordagens para a caracterização dos dados (YIN, 2015). Os estudos de casos múltiplos permitem ser apresentados aliando os métodos qualitativos e quantitativos, aplicados em determinados arranjos, utilizados na investigação de fenômenos individuais, coletivos e sociais, que facultam aos pesquisadores se debruçarem diante os casos sob uma perspectiva holística numa determinada realidade. Os estudos de caso se distinguem em caso único ou estudo de casos múltiplos. O Estudo de casos múltiplos tem como benefício, proporcionar por meio das evidências, um estudo mais consistente numa possibilidade de um olhar mais ampliado e holístico (YIN, 2015; SILVA, 2016; SILVA, 2018).

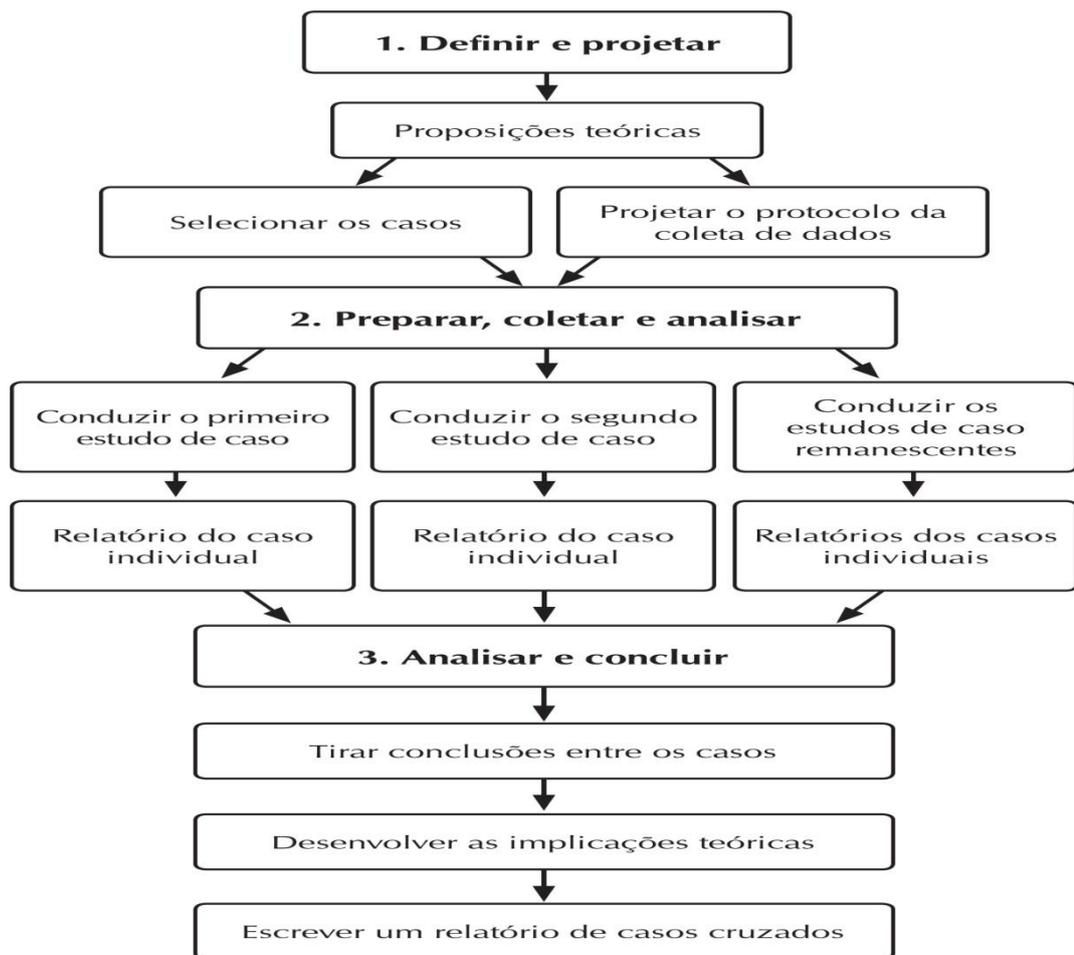
Os casos múltiplos possuem como vantagens, a aplicabilidade em diferentes orientações epistemológicas, além de permitir a utilização de múltiplas fontes de evidências. Possibilita ainda, o desenvolvimento prévio de proposições teóricas que irão orientar a coleta e análise dos dados, formulação de hipóteses e a possibilidade do desenvolvimento de teorias (GIL, 2002).

Os casos múltiplos apresentam as seguintes fases em sua elaboração: construção do projeto de pesquisa com a definição dos seus componentes (questão de pesquisa, proposições

teóricas, unidade de análise, vinculação dos dados às proposições, critérios para interpretar as constatações); elaboração do protocolo para o estudo de caso, coleta de dados, relatório individual de cada caso, análise dos dados e relatório final com cruzamento dos dados, observados na FIGURA 01 (YIN, 2015; SILVA, 2016).

Para a realização do estudo de casos múltiplos, se faz necessário, estruturar três fases. Para a primeira fase, é definido a proposição do estudo e o conjunto de ações que serão utilizados para a coleta de dados. Durante a segunda fase, são coletados os dados por meio da intervenção proposta, além dos registros de acompanhamento individual de cada caso, e, para a terceira fase, são definidas a análise e conclusões a partir da utilização de várias técnicas como por exemplo, o uso de softwares, categorização, testes e combinação de evidências (YIN, 2015; SILVA, 2016; SILVA, 2018).

Figura 1 - Etapas do estudo de casos múltiplos



Fonte: Adaptado de Yin, (2015) e Silva, (2016).

5.1.1 Fase 1 – Definir e projetar

5.1.1.1 – Proposta do estudo e proposições

A proposta deste estudo relaciona-se com o uso da meditação para a redução do estresse em adolescentes vítimas do *bullying*. No estudo de caso, a proposição direciona o foco do que se pretende investigar (Yin, 2015). Também, foi possível consolidar as seguintes proposições a partir do referencial teórico: a meditação poderá fornecer uma melhoria do estado emocional dos adolescentes; a prática meditativa pode influenciar nos parâmetros vitais dos adolescentes; a meditação estimulará o bem-estar, relaxamento e redução do estresse, dos adolescentes; a prática meditativa se constituirá como um instrumento de fortalecimento mental, social e cognitivo dos adolescentes.

5.1.1.2 – Cenário do Estudo

O estado de Pernambuco é subdividido em dezesseis gerências regionais de Educação (GRE). O município de Recife subdivide-se em quatro GREs, já, o município de Paulista está inserido na GRE Metropolitana Norte (DUTRA, 2013).

Para o recrutamento das instituições de ensino, foram selecionadas duas Escolas, localizadas na região metropolitana do Recife, uma unidade em Recife, próxima a UFPE e a outra unidade no município de Paulista, onde a coleta ocorreu simultaneamente. A escolha pela escola em Paulista-PE se deu também pela proximidade de local de realização de atividade de meditação pela pesquisadora neste território, na perspectiva de sua logística pessoal. A seleção foi elencada ainda pelo quantitativo de adolescentes matriculados nos dois ambientes escolares. O Município de Recife, capital do Estado de Pernambuco, localiza-se na Região Nordeste do país com área territorial de aproximadamente 218 km². Atualmente apresenta um total de 1.016 escolas de educação básica, incluindo a rede pública e privada de ensino, com um total de 260.000 mil alunos matriculados. O município de Paulista localiza-se ao norte da capital pernambucana ocupando uma área de 93,52 km² com população estimada de 316.719 habitantes, apresenta um total de 182 escolas de educação básica, com aproximadamente 47000 mil alunos matriculados (INEP, 2017).

A Escola Souza Veras, Instituição Particular de Ensino (IPE), está localizado no bairro do Engenho do Meio. Esta existe há 59 anos, com um quantitativo de 430 alunos matriculados de acordo com a educação infantil, ensino fundamental I, ensino fundamental II e ensino

médio. A Escola Souza Veras apresenta como proposta pedagógica baseada nas Leis de Diretrizes e Bases Nacional, a valorização do diálogo entre docentes e discentes, o fortalecimento da interação e integração valorizadas a partir dos aspectos sociais, afetivos e psicológicos, além de fortalecer a qualificação para o trabalho e promover à construção de conhecimentos autônomos integrando a família e a sociedade.

A EREM - Escola de Referência do Ensino Médio do bairro do Janga – Paulista, apresenta um quantitativo de 505 alunos matriculados. Apresenta-se como uma Escola de Referência no ensino médio com horário de aulas semi-integral, onde os alunos cursam o ensino médio em alguns dias nos horários da manhã e tarde.

A Educação Integral em Pernambuco tornou-se Política Pública de Estado em 2008. O modelo fundamenta-se na reestruturação do ensino médio, criando as Escolas de Referência em Ensino Médio (EREMs), as Escolas Integrais, exclusivas de Ensino Médio, e Escolas Técnicas Estaduais (ETEs), as quais oferecem o ensino médio Integrado à educação profissional, em tempo integral. A proposta pedagógica se estrutura na concepção da educação interdimensional, como espaço privilegiado do exercício da cidadania e o protagonismo juvenil para a formação do jovem autônomo, competente, solidário e produtivo para o mercado de trabalho. A educação interdimensional, visa compreender ações educativas sistemáticas voltadas para as quatro dimensões do ser humano: racionalidade, afetividade, corporeidade e espiritualidade (DUTRA, 2013).

As EREMs apresentam matriz curricular voltada para o ensino propedêutico (formação geral) de maneira integral ou semi-integral. No modelo integral, a escola funciona com professores e estudantes, em tempo integral, durante os cinco dias da semana. Para o modelo semi-integral a escola funciona com professores trabalhando cinco manhãs e três tardes ou cinco tardes e três manhãs, e os estudantes, cinco manhãs e duas tardes ou cinco tardes e duas manhãs (PERNAMBUCO, 2008; DUTRA, 2013).

Em 2014, o estado de Pernambuco, contava com 300 EREMs, e mais 40 escolas autorizadas para a implantação. Com a construção dessa rede, todos os municípios do estado passaram a ter, pelo menos, uma escola ancorada nessa Política Pública, a partir de 2014. Desde 2015, existem mais de 130 mil estudantes matriculados em 300 EREM e em 27 ETE (PERNAMBUCO, 2013).

5.1.1.3– Seleção dos casos

Os participantes da pesquisa, ou unidades de análise, podem ser definidos com uma única pessoa ou caso, uma coletividade, algum evento ou entidade, programas ou organizações (YIN, 2015).

Para responder a questão de pesquisa, além de direcionar o estudo ao objetivo proposto, as unidades de análises, foram selecionadas de forma não probabilística e por conveniência. A seleção não probabilística foi utilizada, pois tem como característica não utilizar controles estatísticos para a representação do universo pesquisado a partir da amostra, além de permitir uma análise de dados relativos a alguns elementos desta população proporcionando informações relevantes sobre esta (SILVA, 2018; SILVA, 2016). A seleção também se apresentou por conveniência, para a seleção de uma população mais acessível (SILVA, 2016; MAROTTI, GALHARDO, FURUYAMA, PIGOZZO, CAMPOS, LAGANÁ, 2008).

Para a seleção das unidades de análises, foram utilizados, os seguintes critérios de inclusão:

- Adolescentes regularmente matriculados na escola, com faixa etária entre 13 – 17 anos;
- Que estivessem na escola no momento da coleta;
- Que registrassem ter vivenciado alguma situação de *bullying* homofóbico por meio do preenchimento do questionário adaptado sobre *bullying* (APÊNDICE A).
- Que tivessem participado do preenchimento Escala de Estresse Percebido (PSS) (ANEXO A).
- Que participassem em todos os encontros de meditação;

Destaca-se ainda, os critérios de exclusão para as unidades de análises:

- Estudantes que apresentassem alguma dificuldade cognitiva na compreensão dos instrumentos;
- Não concluíssem a participação nos oito encontros com a prática meditativa.

Para o recrutamento dos adolescentes, nas escolas selecionadas, foram realizados inicialmente encontros com coordenadores pedagógicos, psicólogo e alguns docentes para compartilhar o estudo. Posteriormente, o projeto foi partilhado com os pais ou responsáveis a partir dos ambientes escolares. Em seguida, durante quatro encontros prévios, foi apresentada à comunidade estudantil das escolas supracitadas a proposta da intervenção com a meditação. Participou da etapa inicial um total de 223 adolescentes.

5.1.2 - Protocolo da coleta de dados

5.1.2.1 - Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados

A coleta foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, e, simultaneamente após o recebimento das cartas de anuência emitidas pela Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco e Instituições de Ensino. CAAE: 67890317.1.0000.5208.

A coleta de dados foi realizada apenas, mediante a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais ou responsável legal do participante (APÊNDICE B) e pela assinatura do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) pelo participante a partir de 13 anos de idade (APÊNDICE C). O termo foi impresso e fornecido em duas vias, das quais uma foi deixada com o participante e a outra recolhida pelos pesquisadores, compondo o acervo de documentos da pesquisa.

Foi garantido o sigilo, a confidencialidade e respeito aos participantes bem como as informações prestadas. Os instrumentos de coleta de dados utilizados serão arquivados em local seguro, por um período de cinco anos.

Um dos princípios relevantes para a coleta de dados em estudos de caso é a potencialidade do desenvolvimento de linhas convergentes de investigação e a triangulação das fontes de evidências durante a análise dos seus resultados, fortalecendo a confiabilidade dos achados (YIN, 2015; SILVA, 2016).

As fontes de dados para o protocolo, utilizadas nesta pesquisa foram:

1. Questionário social adaptado sobre *bullying* de autoria de Neuza Pimenta (APÊNDICE A);
2. Escala de Estresse Percebido (PSS) (ANEXO A);
3. Observação direta – Avaliação de variáveis dependentes (Frequência Respiratória - FR, Frequência Cardíaca - FC, Pressão Arterial Sistólica - PAS, Pressão Arterial Diastólica - PAD e escore de Estresse percebido), (APÊNDICE E);
4. Aplicação da intervenção proposta (Meditação - variável independente).

O primeiro instrumento contém questões subdivididas em quatro tópicos compostos por: caracterização socioeconômica do aluno, caracterização de aspectos relacionados a orientação sexual, experiências de *bullying* e impacto vivenciado a partir do *bullying* homofóbico. Sua adaptação foi realizada pela autora Neuza Pimenta em 2013. Para sua utilização seguiu-se as seguintes etapas: processo de tradução do idioma português de

Portugal para o idioma brasileiro, com revisão por seis especialistas (dois educadores do ensino médio (sendo um professor de Letras), um comunicador social, dois profissionais de saúde e um psicólogo) e, realização de pré-teste piloto com 10 adolescentes com faixas etárias entre 13 – 17 anos para verificação da consistência na abrangência da diversidade dos informantes e efetividade das respostas.

O estudo de caso piloto auxilia os pesquisadores na hora de aprimorar os planos para a coleta de dados quanto aos procedimentos a serem seguidos. O caso-piloto é utilizado de uma maneira mais formativa, ajudando o pesquisador a desenvolver o alinhamento relevante das questões - possivelmente até providenciando algumas elucidações conceptuais para o projeto de pesquisa (YIN, 2015).

A Escala de Estresse Percebido (PSS) é um instrumento utilizado por mais de 20 países, traduzido e validado no Brasil, que permite determinar até que ponto os acontecimentos da vida são percebidos como indutores do estresse (TRIGO, CANUDO, SILVA, 2010).

O PSS foi utilizado para avaliar a percepção do estresse a partir das respostas apresentadas pelos adolescentes. Este instrumento é composto por 10 itens que abrange as seguintes questões: 1-No último mês, com que frequência esteve preocupado por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?; 2- No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?; 3- No último mês, com que frequência se sentiu nervoso e em stresse?; 4- No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?; 5- No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?; 6- No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?; 7- No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?; 8- No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controle?; 9- No último mês, com que frequência se sentiu furioso por coisas que ultrapassaram o seu controle?; 10- No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?

Os 10 itens são de simples apreensão para os profissionais de saúde e usuários, são pontuáveis, sendo seis itens negativos (questões 1, 2, 3, 6, 9 e 10) e quatro itens positivos (questões: 4, 5, 7 e 8), respondidos em uma escala tipo Likert de frequência, apresentando as seguintes respostas: 0 = não/nunca, 1 = quase nunca, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente e 4 = muito frequentemente (COHEN, KARMACK, MERMELSTEINM, 1983).

Para cálculo do escore final do PSS, os itens positivos obtêm sua pontuação invertida, sendo onde: 4 = 0 (não), 3 = 1 (quase nunca), 2 = 2 (algumas vezes), 1 = 3 frequentemente e 0 = muito frequente, de acordo com métodos de pontuação recomendados para o PSS, pelos autores. O resultado, portanto será elencado entre 0 e 40, onde, os valores mais elevados denotam maior estresse percebido. Para análise, os escores desta escala são divididos em 4 quartis: 0 a 10 (**nível baixo**), 11 a 20 (**nível moderado**), 21 a 30 (**nível moderado alto**) e 31 a 40 (**nível alto**) (COHEN, KARMACK, MERMELSTEINM, 1983; POZZEBON, 2015).

5.1.2.2 - Etapas da coleta

5.1.2.2.1 - 1ª Etapa – Recrutamento, preenchimento do questionário sobre Bullying e primeira aplicação do PSS

Nesta etapa, após apresentação do projeto nas escolas, foram realizados os procedimentos referentes aos aspectos éticos do estudo. Os alunos participantes preencheram o TALE, além de apresentarem o TCLE assinados pelos pais e/ou responsáveis. Posteriormente, os estudantes que cumpriram com o requisito anterior, foram convocados a responderem o questionário adaptado sobre *bullying*. Totalizando 223 adolescentes para as duas escolas. Diante os participantes, alguns alunos sinalizaram a vivência com o *bullying*. Para o registro de *bullying* homofóbico, observou-se um total de nove adolescentes, os quais foram convidados, a preencherem o PSS para avaliação inicial do escore de estresse destes.

5.1.2.2.2 - 2ª Etapa – Realização de intervenção de Enfermagem com a Meditação

Nesta etapa, os nove adolescentes foram submetidos ao uso da prática meditativa. A prática foi realizada por dois profissionais em saúde, onde um, devido a sua formação, esteve na condução da meditação auxiliada por som e texto narrativo, e o outro, realizou os registros pertinentes ao desenvolvimento da prática além dos relatos dos participantes antes e após esta. Este profissional realizou também o registro dos parâmetros vitais (PA/FC/FR/PAS/PAD) antes e após a meditação.

Os adolescentes foram acompanhados num período de 120 dias, com a realização de uma prática meditativa quinzenal, totalizando oito encontros. Todas as práticas meditativas aconteceram dentro dos dois ambientes escolares. Durante as práticas meditativas, foi permitida a participação de outros adolescentes que freqüentavam as escolas durante o

período da coleta, sendo registrados também seus parâmetros vitais, porém, apenas considerado os parâmetros dos alunos monitorados durante os oito encontros e que atendiam aos critérios da amostra. Os adolescentes eram convidados antes e após a prática meditativa, a registrarem em tarjetas coloridas, identificadas e datadas, suas percepções, a partir de poucas palavras sobre a sua percepção e sentimentos antes e após a prática meditativa.

5.1.2.2.3- 3ª Etapa – Reaplicação da Escala de Estresse Percebido (PSS)

Após 20 dias do último atendimento, reaplicou-se a escala PSS para os nove adolescentes para estudo comparativo entre os escores para o estresse inicial e final. Nesta data também foi solicitado que os adolescentes pudessem expressar quais os benefícios que a meditação, após os oitos encontros, trouxe para ele e na relação dele com os outros.

5.1.2.3 - Definição das variáveis do estudo

As variáveis dependentes de interesse do estudo foram: Frequência Respiratória (FR), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial Sistólica e Diastólica (PAS/PAD) e escore de estresse. A variável independente está relacionada à intervenção com a prática meditativa.

Os sinais vitais (SSVV) ou parâmetros vitais, são registros associados a pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória, os quais apresentam variações de acordo com as condições fisiológicas, cognitivas e psicossociais do indivíduo (POTTER, 2011).

A aferição da pressão arterial deve ser feita de acordo com procedimentos técnicos, onde seus valores deverão ser mensuráveis com o auxílio de esfigmomanômetros e estetoscópios (CUNHA, 2011). O desempenho na intervenção através da pressão arterial foi mensurado pelo aparelho de pressão marca BD para a verificação da PA simultâneo ao uso de um estetoscópio da marca Rappaport Preto Premium para a ausculta.

Conforme consta nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as medidas de pressão arterial são satisfatórias quando a pressão arterial sistólica apresenta-se com valores abaixo de 130 mmHg e a pressão arterial diastólica valores abaixo de 85 mmHg. A frequência cardíaca é rotineiramente avaliada pelo pulso radial por um período de 60 segundos e a sua normalidade se mostra na faixa de 60-100 batimentos por minuto. A FR foi mensurada por meio da contagem de ciclos respiratórios por minuto. As medidas foram verificadas com o

adolescente sentado pelo menos 10 minutos após a sua chegada ao local previamente à intervenção, e ao final desta.

A FR tem significado semiológico quando superior a 24 incursões respiratórias por minuto ou movimentos respiratórios por minuto (CUNHA, 2011; TEIXEIRA 2015).

A FR pode variar de acordo com a idade, sendo considerados os valores normais, para a faixa etária acima de 10 anos, 19 RPMs (HOCKENBERRY, WILSON, 2011; SILVA, 2016). A FR foi verificada após a avaliação da FC, observando a frequência dos movimentos respiratórios realizadas pelo adolescente durante o período de 60 segundos.

Para os adolescentes, a PA exige uma classificação baseada em percentis, particularmente para adolescentes ≥ 13 anos de idade, seguindo a seguinte categorização: PA normal- [$<120 \times 80$ mmHg]; PA elevada - [PAS: 120-129 mmHg; PAD: < 80 mmHg]; hipertensão estágio 1 - [PAS: 130-139 mmHg; PAD: 80-89 mmHg]; hipertensão estágio 2- [$\geq 140 \times 90$ mmHg]. (FLYNN, 2017). A PA pode oscilar conforme a idade, o sexo, realização de atividade física, ou em decorrência da dor e do uso de medicações. A aferição da PA é realizada com um esfigmomanômetro que tenha um manguito de tamanho apropriado, considerando a circunferência do membro em que será aferida a PA (COLLET, OLIVEIRA, VIERA, 2010; SILVA, 2016).

Os valores considerados normais para a FC em crianças acima de 10 anos e adolescentes acordados pode variar de 55 a 90 BPMs (HOCKENBERRY, WILSON, 2011; SILVA, 2016). A FC dos adolescentes foi verificada com estes sentados, antes e após a prática meditativa, e, mensurada pelo aparelho de Oxímetro portátil da marca Mindray PM 60.

Para avaliação das variáveis dependentes e aplicação da intervenção proposta (variável independente) foi utilizada a observação direta, que proporciona um contato próximo do pesquisador com o fenômeno pesquisado, e permite identificar atitudes e comportamentos, obtenção de registros e informações. (MARCONI, LAKATOS, 2011; SILVA, 2016).

As práticas meditativas aconteceram com o uso da música de domínio público, intitulada: música para regenerar, com limpeza e equilíbrio da aura. A música tem duração de 2hs, porém foi selecionado pela pesquisadora apenas 15 minutos desta, sendo utilizada em etapa piloto e, durante os oito encontros nas duas escolas. A música estava armazenada em aparelho computador, e programada para um período de audição de até 15 minutos, durante os encontros coletivos. Foram realizados oito encontros de intervenção com os adolescentes, em datas e horários pré-agendados, de acordo com as agendas pedagógicas das escolas. Os dados coletados ao início e ao término das práticas meditativas foram registrados em instrumento

próprio, durante todo o tempo de observação (APÊNDICE E). O instrumento de coleta de dados contemplou as seguintes variáveis: Identificação, sinais vitais (FR, FC, PAS e PAS/antes e após) e registro de sua percepção antes e após a participação na prática meditativa. A cada encontro com a prática meditativa, era discorrido um tema em formato de uma abordagem narrativa.

5.1.3 – Fase 2 - Preparar, coletar e analisar

Para a coleta de dados, seguiram-se as seguintes etapas:

1. Aplicação do questionário sobre *bullying* aos adolescentes;
2. Primeira aplicação do (PSS) com os adolescentes (13 – 17 anos).
3. Realização de intervenção com a Meditação com oito encontros.
4. Coleta das variáveis dependentes antes e após a intervenção (FC, FR, PA).
5. Segunda aplicação do (PSS) com os adolescentes (13 – 17 anos)
6. Registro dos benefícios da prática meditativa ao final dos oito encontros.

Para avaliação das variáveis dependentes – FC, FR, PA, foram utilizados instrumentos paramétricos para a faixa etária (oxímetro portátil de pulso, esfigmomanômetro e estetoscópio) adquiridos pela pesquisadora.

Nos estudos de casos múltiplos, para a análise dos dados poderão ser utilizadas várias ferramentas, tais como: uso de softwares, testes ou combinação de evidências tabulações, entre outros (YIN, 2015; SILVA, 2016). Neste estudo, utilizou-se a análise baseada em pressupostos teóricos, com resgates dos objetivos, hipóteses, a partir da composição cruzada dos dados. Foi possível elencar mais de uma fonte de dados, ou seja, os casos foram analisados individualmente e, consecutivamente numa abordagem coletiva. Os dados quantitativos foram compilados em planilhas do Excel 2016 e posteriormente, analisados a partir de estatística descritiva.

Os cálculos das médias das variáveis dependentes foram direcionados a partir dos valores obtidos nos momentos iniciais e finais de avaliação (T0, T1) considerando os dias dos oito encontros (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8), os quais foram apresentados por meio de figuras, quadros, e representações gráficas na descrição de cada unidade de análise. Foram realizados cálculos de média, mediana considerando os valores das variáveis dependentes das unidades de análise em relação aos dois momentos de avaliação (T0, T1) para os oito encontros de prática meditativa. Para análise dos escores de estresse por nível deste, foi utilizado um conjunto estatístico da escala PSS dividindo-a em 4 quartis: 0 a 10 (nível

baixo/NB), 11 a 20 (nível moderado/NM), 21 a 30 (nível moderado alto/NMA) e 31 a 40 (nível alto/NA), a fim de categorizar o nível de estresse apresentado pelo adolescente ao início e término de sua participação na intervenção.

6 RESULTADOS

Com o consolidado dos 223 alunos para as duas escolas (190 – EREM/33 IPE), que preencheram o questionário sobre *bullying*, foi possível identificar que 189 adolescentes sinalizaram a vivência com o *bullying*, expressando um percentil expressivo de 84,75% (Quadro 1).

Quadro 1 – Total de alunos que preencheram o questionário adaptado sobre o *bullying* e sinalizaram vivência deste agravo, Recife, 2018.

VIVÊNCIA DO BULLYING	N	%
Total de alunos que responderam o questionário adaptado sobre <i>bullying</i> .	223	100
Total de alunos que sinalizaram vivência relacionada ao <i>bullying</i> .	94	42,15
Total de alunos que sinalizaram vivência relacionada ao <i>bullying</i> porém não sabe informar a causa/motivo.	50	22,42
Total de alunos que sinalizaram vivência relacionada ao <i>bullying</i> , com registro da causa /motivo desta ação.	45	20,18

Fonte: A autora, 2018.

De acordo com os registros, voltados para a vivência do bullying com sinalização da causa/motivo para esta ação, apenas houve a expressão de 45 alunos. Observa-se ainda que, nove adolescentes destacam a vivência diante o bullying homofóbico, os quais representam 20% da amostra marcada pela vivência do bullying com motivação percebida (Quadro 2).

Quadro 2 – Alunos que sinalizaram vivência em relação ao *bullying* com registro da motivação, Recife, 2018.

MOTIVAÇÃO DO BULLYING	N	%
Lipofobia	06	13,34
Excluído dos grupos	10	22,2
Preconceito Racial	04	8,89
Discriminação pela aparência	15	33,34
Discriminação pela higiene pessoal	01	2,23
<u>Bullying homofóbico</u>	<u>09</u>	<u>20</u>
Total de alunos	45	100

Fonte: A autora, 2018.

A totalidade da amostra concentrou-se em nove estudantes, categorizados da seguinte forma: Adolescente 1; Adolescente 2; Adolescente 3; Adolescente 4; Adolescente 5; Adolescente 6; Adolescente 7; Adolescente 8 e Adolescente 9, com respectivas idades: 14, 16, 13, 17, 16, 17, 14, 16 e 15 anos, sendo cinco garotas (adolescentes: 1, 2, 3, 4 e 5) e quatro garotos (adolescentes: 6, 7, 8 e 9). De acordo com os ambientes escolares, os adolescentes; 1, 2, 4, 5, 6, 8 e 9 freqüentavam a EREM e os adolescentes 3 e 7, pertenciam a IPE. Os nove adolescentes foram monitorados diante seus parâmetros vitais (FR, FC, PAS e PAD), ao início e término das práticas meditativas, além de serem realizadas as anotações referentes aos registros de suas percepções diante as sequências de vivências com a prática meditativa.

As oito práticas meditativas aconteceram nos dois ambientes escolares, e durante os encontros, foi possível realizar uma abordagem narrativa, voltada para a focalização, sobre uma temática previamente selecionada pelo pesquisador, direcionadas para a promoção da empatia e sensações positivas, seguindo os aspectos que envolvem a adolescência e as possibilidades desta faixa etária a partir do autoconhecimento, conexão e familiaridade com o assunto abordado. Os principais temas trabalhados foram: liberar sensações difíceis, viagem ao coração, viagem ao jardim interior, meus medos, um lugar seguro, alguém especial, o encontro com o outro e as telas da minha vida (Quadro 3).

Quadro 3 – Sequências de práticas meditativas realizadas durante os oito encontros nas duas escolas, Recife, 2018.

MEDITAÇÃO	TOTAL DE PARTICIPANTES		TEMÁTICA ABORDADA NA PRÁTICA MEDITATIVA
	EREM	IPE	
1º Encontro (Março 2018)	10	15	Nesta data, trabalhamos sobre a possibilidade de liberar sensações difíceis, como angústia ou tristeza, através da oportunidade de lançarmos fora através da visualização/focalização.
2º Encontro (Março 2018)	12	18	Nesta data, realizamos a visualização/focalização da oportunidade de viajarmos até o nosso coração para identificar a nossa maior virtude, com a possibilidade de compartilharmos com todos em nossa convivência.
3º Encontro (Abril 2018)	09	11	Nesta data, trabalhamos a viagem ao nosso jardim interior, as possibilidades de mudanças para a florescência desse jardim, e os nossos principais jardineiros apoiadores em nossas vidas.
4º Encontro (Abril 2018)	15	22	Neste encontro foi possível trabalhar sobre os nossos medos e a relação deles com os nossos sonhos e conquistas.
5º Encontro (Maio 2018)	12	14	Neste dia, realizamos a visualização/focalização do lugar que me sinto seguro e me faz resgatar as melhores lembranças e sensações.
6º Encontro (Maio 2018)	12	18	Neste dia, realizamos a visualização/focalização para um encontro com alguém especial, que posso contar e que me faz muito feliz.
7º Encontro (Junho 2018)	08	12	Neste dia, trabalhamos o encontro com o outro e suas semelhanças comigo.
8º Encontro (Junho 2018)	15	25	Neste encontro, foi possível trabalharmos sobre as telas já vividas em nossas vidas. E as telas que poderemos pintar e projetar para as próximas etapas em nossos caminhos.

Fonte: A autora, 2018.

Para assegurar as etapas que compõe a fase 2 no estudo de casos múltiplos, será percorrida a seguir, cada uma das nove unidades de análise, com as suas respectivas descrições, relatos e análise de seus parâmetros vitais (FR, FC, PAS/PAD), diante os oito encontros com a prática meditativa.

Para assegurar o anonimato e o sigilo dos adolescentes, estes, foram identificados da seguinte forma: Adolescente 1; Adolescente 2; Adolescente 3; Adolescente 4; Adolescente 5; Adolescente 6; Adolescente 7; Adolescente 8 e Adolescente 9.

6. 1 – APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE

6.1.1 Unidade de análise – Caso 1 – Adolescente 1

A adolescente 1, 14 anos, estudante da EREM, apresentou no encontro inicial um escore de estresse com um total de 30 pontos, sinalizando um nível de estresse **moderado alto**. Durante os oito encontros com a prática meditativa, era solicitado que a participante sinalizasse como estava chegando naquele dia. Destacam-se em suas autopercepções iniciais, registros voltados para: ansiedade, cansaço, estresse, preocupação, pensamentos perturbados, felicidade e sono.

Durante os oito encontros, foram coletados os seus parâmetros vitais (FR, FC, PA). Salienta-se para a PAS em dois momentos (T1 e T2) em D3, onde esta registrou ao início da prática meditativa, sinais de ansiedade e em D8, no qual a adolescente 1 relatou de maneira emotiva sentir-se sonolenta, mas feliz (Quadro 4).

Quadro 4 – Avaliação dos parâmetros vitais da adolescente 1 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

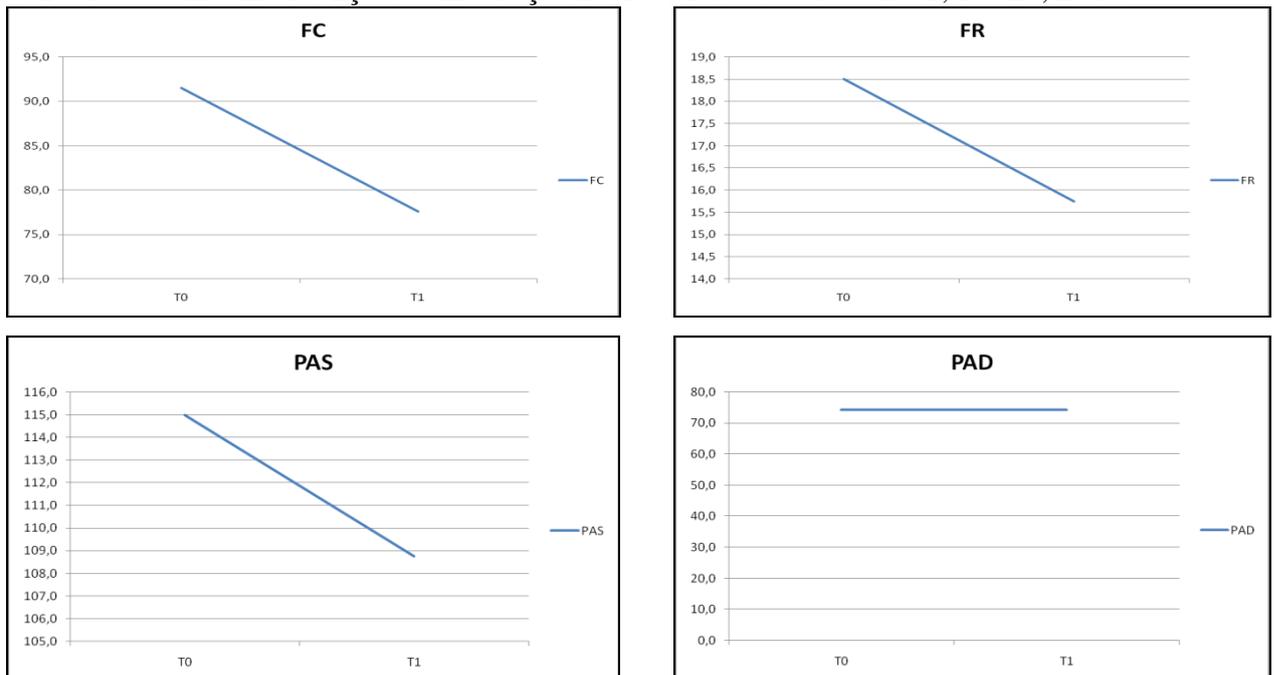
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	80	77	88	78	103	82	89	70	71	53	90	82	103	90	108	89
FR	16	14	20	16	20	16	20	12	16	16	16	16	20	20	20	16
PAS	110	110	90	90	130	130	120	110	110	100	120	110	90	100	150	120
PAD	70	70	75	70	90	90	80	80	70	65	80	70	60	70	70	80

T0 – início da meditação. T1 - término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes (FR, FC, PAS) monitoradas durante os oito encontros com a prática meditativa, para a adolescente 1, evidenciaram uma queda em seus valores entre os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas, porém, observou-se também, uma variação discreta em seus níveis pressóricos diastólicos (Figura 2).

Figura 2 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 da adolescente 1, Recife, 2018.



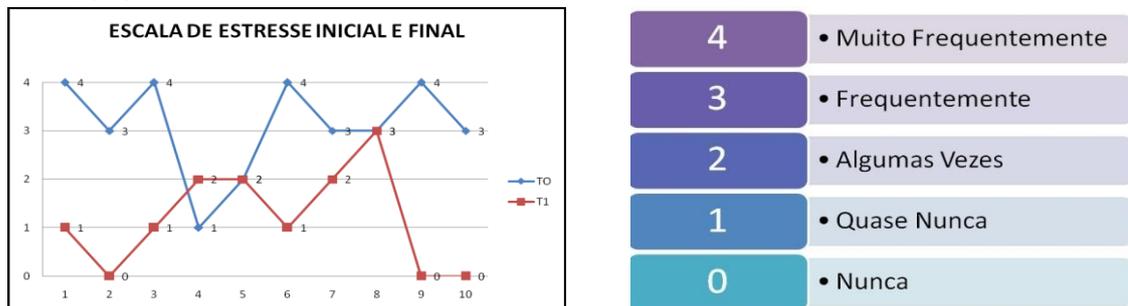
Fonte: A autora, 2018.

A jovem apresentava com frequência a face um pouco tensa, verbalizando emoções mais intensas. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre *bullying*, como bissexual. Percebia-se sua facilidade em imergir na prática meditativa durante a intervenção, como também, seus relatos finais eram verbalizados com tranquilidade e espontaneidade. Destacam-se então seus principais registros ao final das práticas meditativas: *...relaxamento, leveza, alegria, menos nervosa, paz, alívio, calma, felicidade e desestresse...*

Durante o último encontro, registrou dentre os principais benefícios da meditação em seu cotidiano, estaria a sensação de mais tranquilidade para lidar com as experiências diárias além de sentir-se mais paciente com as pessoas em seu entorno.

Em relação a aplicação final do PSS, a adolescente 1 apresentou um escore com valor de 10 pontos, observando portanto um nível **baixo** de estresse. Percebeu-se, que suas preocupações frente a eventos inesperados foram reduzidas, além da remissão dos sintomas de estresse e nervosismo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para a adolescente 1, Recife. 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.2 Unidade de análise – Caso 2 - Adolescente 2

A adolescente 2, 16 anos, estudante EREM, apresentou no encontro inicial um escore de estresse com um total de 28 pontos indicativo de um nível de estresse **moderado alto**. Durante os oito encontros, seus relatos coletados antes das práticas meditativas, estavam focados nas seguintes expressões: ansiedade, nervosismo, insônia, sono e vontade de ir embora para casa. Durante o quarto encontro, a adolescente apresentou-se cabisbaixa, registrando que sua vida pessoal estava deixando-a triste com uma sensação de desvalorização (*‘...hoje, sinto-me um lixo’*).

Durante os oito encontros, foram coletados os parâmetros vitais (FR, FC, PA) (Quadro 5).

Quadro 5 – Avaliação dos parâmetros vitais da adolescente 2 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

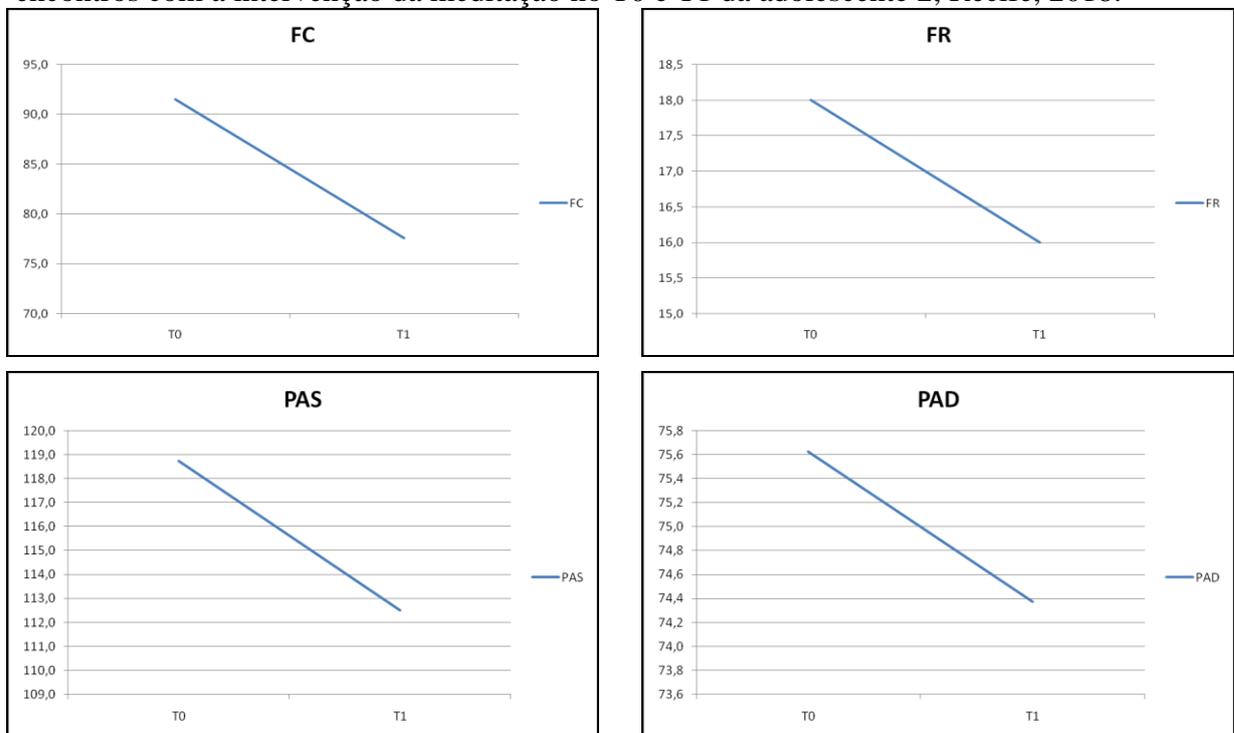
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
	T0	T1														
FC	96	88	80	80	77	75	74	65	70	63	102	96	101	87	113	102
FR	20	16	16	16	16	12	16	12	16	12	20	20	20	20	20	20
PAS	130	120	120	120	110	120	110	110	120	100	130	110	110	110	120	110
PAD	80	80	85	80	80	80	65	65	70	70	80	70	75	75	70	75

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes (FR, FC, PAS) monitoradas durante os oito encontros com a prática meditativa, evidenciaram uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para a totalidade dos oito encontros (Figura 3).

Figura 3 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 da adolescente 2, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

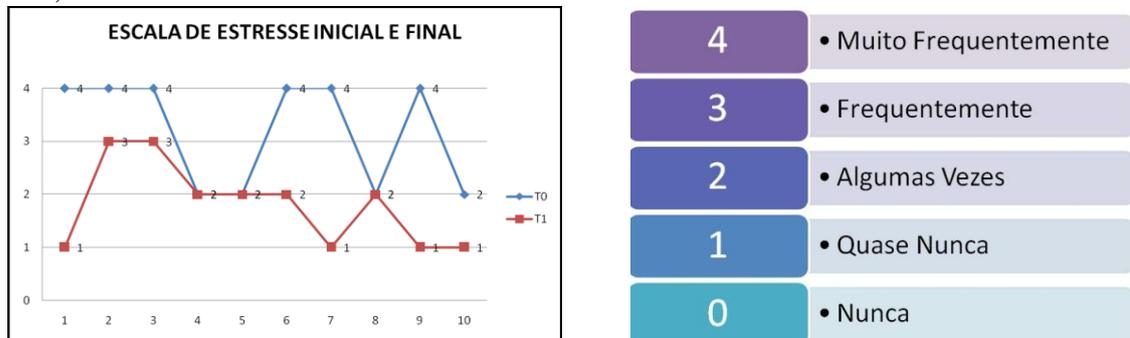
A adolescente, em alguns momentos se apresentava ansiosa, registrando que queria que finalizasse as aulas para que pudesse ir embora. Referiu sua orientação sexual durante

abordagem em questionário sobre *bullying* como homossexual. Percebia-se sua disponibilidade em participar das práticas meditativas durante a intervenção, como também, seus relatos finais eram verbalizados com emoção, correlacionados com as suas experiências individuais. Evidencia-se os principais registros ao final das práticas meditativas: *calma, tranquilidade, determinação, sensação de descanso, tontura, vontade de estar no colo de minha mãe.*

A adolescente na última intervenção, registrou que dentre os principais benefícios da meditação em seu cotidiano, estaria a sensação de maior tranquilidade para lidar com as vivências diárias além de, não necessitar mais se esforçar tão intensamente para conseguir ficar mais tranquila.

Diante a aplicação final do PSS, destacou-se um escore com valor de 20 pontos, observando, portanto, um nível **moderado** de estresse, presencia-se portanto, ainda sinais de estresse em sua rotina, porém, com menor frequência, além de perceber-se bem menos furiosa diante ações ou eventos que saíram de seu controle pessoal (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para a adolescente 2, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.3 Unidade de análise – Caso 3 – Adolescente 3

A adolescente 3, 13 anos, estudante de IPE, exprimiu um escore inicial para o estresse totalizando 35 pontos, o que configura um nível **alto** de estresse. Verificou-se durante os primeiros encontros com as práticas meditativas, a frequência de sinais de estresse e nervosismo em sua vida diária. Durante o terceiro encontro, a adolescente encontrava-se bastante ansiosa, registrando preocupação com a apresentação de um trabalho escolar que iria vivenciar nesta mesma data. Registram-se os seguintes relatos relacionados aos

questionamentos antes do início das práticas meditativas: cansaço, estresse, ansiedade, medo, tensão, nervosismo, sono e carência.

Durante os oito encontros, foram coletados os parâmetros vitais (FR, FC, PA). Observa-se em dois momentos (T0 e T1) em D6, uma alteração em sua PAS. Nesta data, a adolescente registrou ao início da prática meditativa, sensação de nervosismo (Quadro 6).

Quadro 6 – Avaliação dos parâmetros vitais da adolescente 3 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

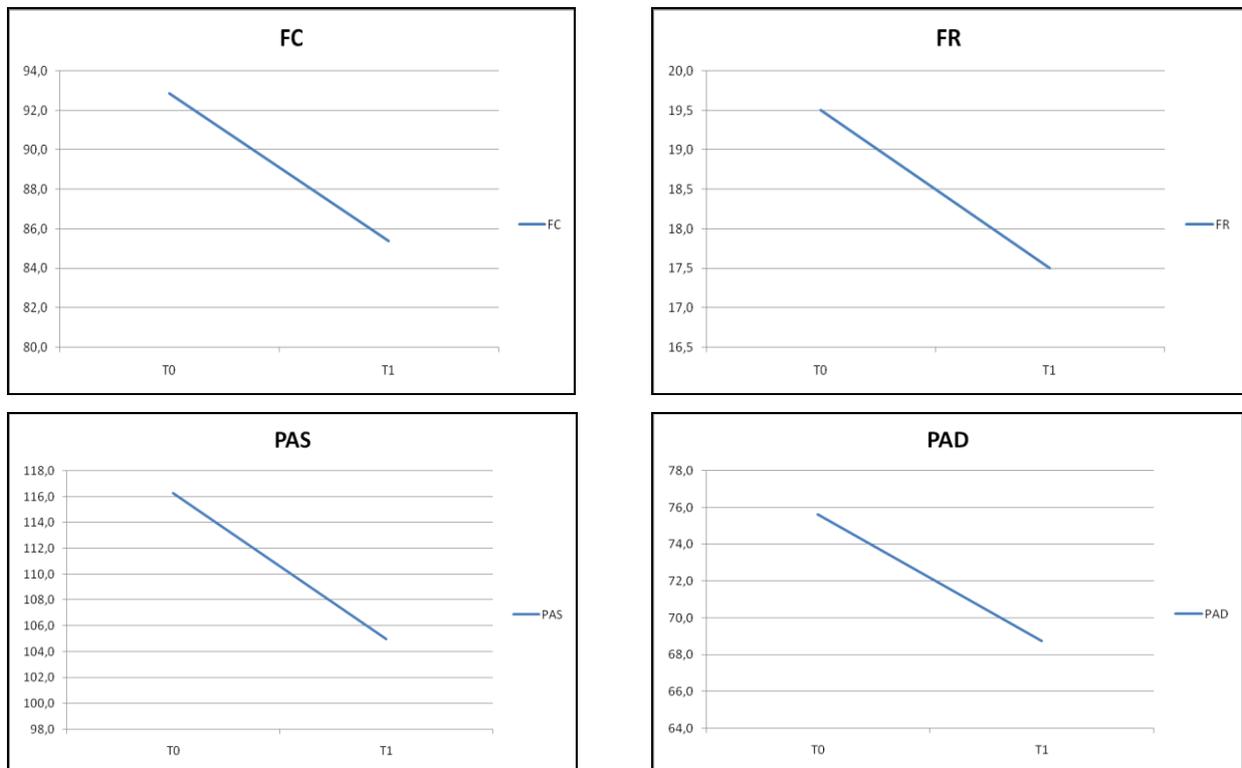
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
INTERVALO	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	81	77	77	62	110	95	98	86	70	103	95	86	102	87	110	87
FR	16	12	20	16	20	16	20	16	20	20	20	20	20	20	20	20
PAS	90	90	120	100	120	120	120	120	110	100	160	130	110	90	100	90
PAD	70	65	85	60	80	80	70	70	80	70	80	75	70	60	70	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes (FR, FC, PAS) monitoradas durante os oito encontros com a prática meditativa evidenciaram uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas (figura 4):

Figura 4 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 da adolescente 3, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

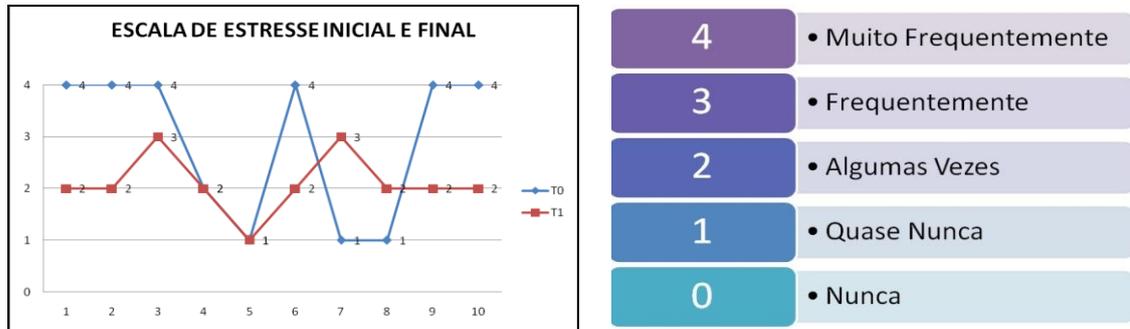
A adolescente 3, em alguns momentos se apresentava falante, verbalizando cansaço em acordar cedo, e desmotivação diante as atividades escolares. Percebia-se sua entrega durante a prática meditativa. Não referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre *bullying*. Ao final de algumas práticas meditativas, expressava-se também, por linguagem não verbal sentimentos de tranquilidade para a sequência de atividades diárias. Seguem-se seus principais relatos ao final das práticas meditativas: *...ainda cansada, mais leve, menos estressada, um pouco mais calma, menos ansiosa, feliz, relaxada, vivenciado uma boa experiência.*

Em último encontro de intervenção com a meditação, a adolescente 3 registrou que dentre os principais benefícios da meditação em seu dia a dia, a sensação de mais tranquilidade para lidar com as experiências diárias além de perceber a ampliação de sua habilidade em escutar e respeitar o próximo.

Diante a aplicação final do PSS verificou-se um escore de 21 pontos, ou seja, salientando um nível **moderado alto** para o estresse. Ao final dos oito encontros, a adolescente referiu uma permanência menos freqüente dos sintomas de estresse, porém,

destacou também que, por algumas vezes sentiu ter sua vida sob controle após a experiência da meditação, algo quase nunca percebido antes do contato com a prática (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para a adolescente 3, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.4 Unidade de análise – Caso 4 - Adolescente 4

A adolescente 4, tem 17 anos, estudante EREM, apresentou um escore inicial para o estresse com pontuação igual a 27, o que sinaliza um nível **moderado alto** para o estresse.

Em sua dinâmica pessoal, verificava-se em um quadro ansioso, percebido em seus relatos ao início de cinco práticas meditativas os quais, ela relacionava tanto a dificuldades pessoais, como também, a sua dinâmica escolar, no cumprimento de atividades, a qual a deixavam inquieta, diante da necessidade de se colocar em processos avaliativos. Registra-se a partir de seus relatos relacionados ao questionamento antes do início das práticas meditativas: ansiedade, ansiedade relacionada a questões pessoais, ansiedade relacionada aos processos avaliativos escolares, sensação de aborrecimento.

Durante os oito encontros, foram coletados os seus parâmetros vitais (FR, FC, PA). Destaca-se para a PAS nos dois momentos (T0 e T1) em D1, onde a adolescente registrou ao início da prática meditativa, sinais de ansiedade (Quadro 7).

Quadro 7 – Avaliação dos parâmetros vitais da adolescente 4 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

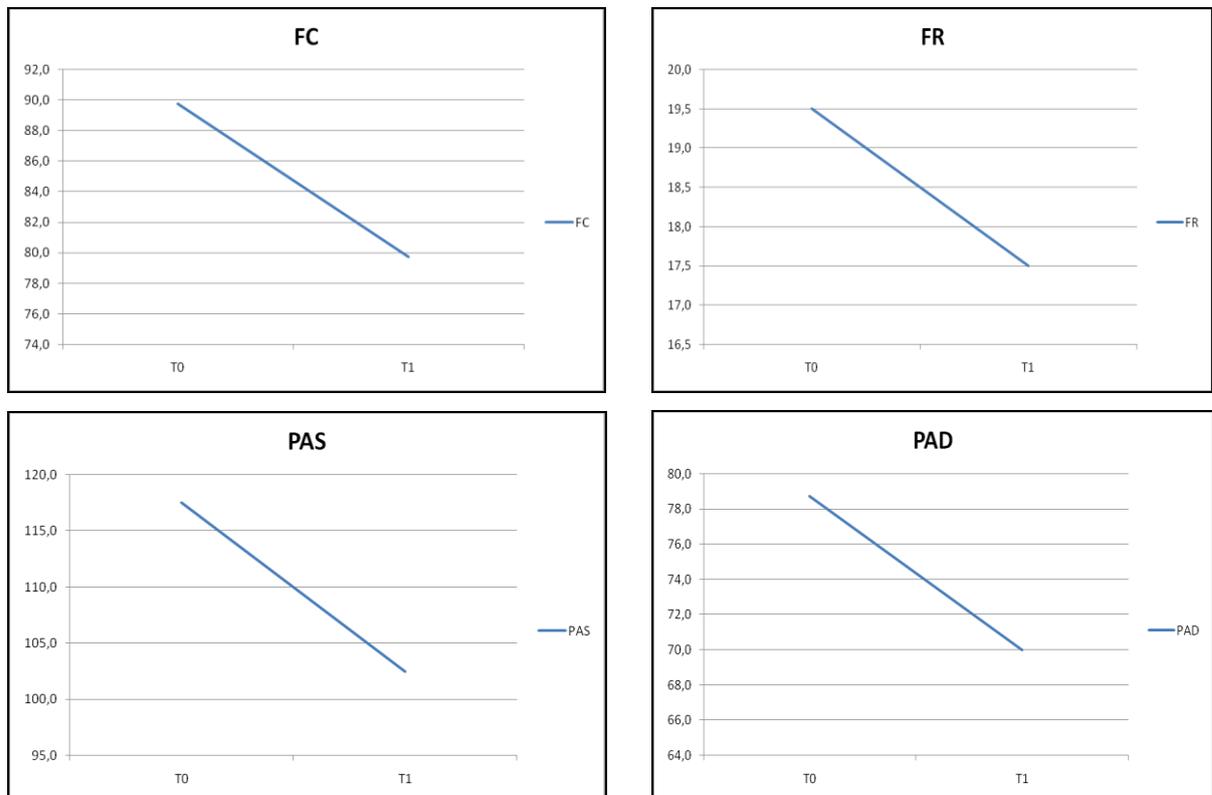
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
INTERVALO	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	110	90	86	79	72	68	91	93	78	61	83	80	100	90	98	77
FR	20	16	16	16	20	16	20	20	20	20	20	16	20	20	20	16
PAS	130	130	110	90	110	110	120	100	120	90	120	110	120	90	110	100
PAD	90	90	80	60	75	70	80	60	80	75	70	75	75	60	80	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes (FR, FC, PAS) monitoradas durante os oito encontros com a prática meditativa, evidenciaram uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas. (Figura 5):

Figura 5 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 da adolescente 4, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

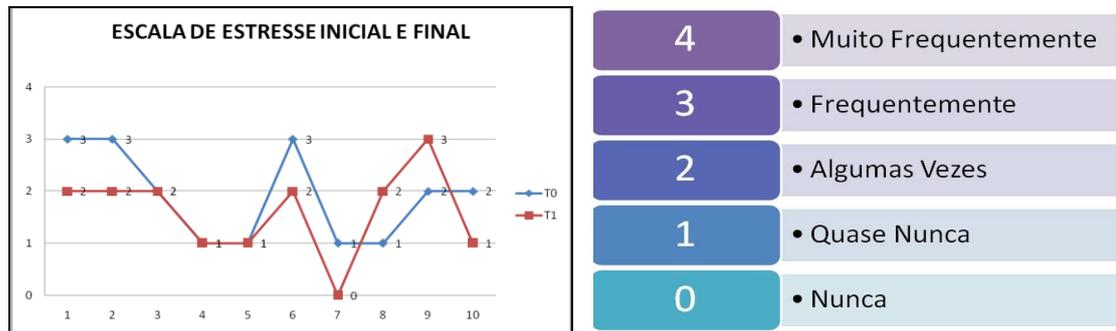
Ao final de algumas práticas, a jovem conseguia verbalizar de maneira emotiva, sentimentos de plenitude, tranquilidade e leveza, porém, verificou-se também relatos de

sonolência e ansiedade ainda presentes ao final da prática meditativa. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre *bullying*, como bissexual.

Ao término da oitava prática meditativa, a adolescente discorreu que sentia-se mais calma, mais aliviada, registrando também redução em seu timbre de voz, conciliando de forma mais satisfatória sua vida e o equilíbrio com os outros.

A partir da avaliação da segunda aplicação do PSS percebeu-se um escore de 24 pontos, o que a manteve com um nível de estresse **moderado alto**, porém, verificou-se que, inicialmente, eram frequentes os sentimentos de incapacidade em controlar as coisas importantes de sua vida. Após a experiência da meditação, percebeu que, quase nunca sentia mais que as dificuldades diárias se acumulavam a ponto de não conseguir superar, algo que antes da participação nas práticas meditativas, era vivenciado de maneira muito frequente (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para a adolescente 4, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.5 Unidade de análise – Caso 5 - Adolescente 5.

A adolescente 5, 16 anos, estudante do EREM, apresentou no encontro inicial escore de estresse com um total de 36 pontos, sinalizando um nível de estresse **alto**. Apesar de um nível alto de estresse inicial, a adolescente apresentava-se sempre sorridente, discreta, solícita e motivada a participar de todas as intervenções. Referiu em momentos, a importância da extensão da prática meditativa para os professores e pais, pelos benefícios proporcionados por esta, visualizados em seu cotidiano. Destaca-se em suas autopercepções iniciais, antes das oito práticas meditativas, o registro dos seguintes sentimentos e sensações: raiva, felicidade, tranquilidade, sono, relaxamento, ansiedade, tristeza.

Durante os oito encontros, foram coletados os seus parâmetros vitais (FR, FC, PA). Destaca-se para a PAS em dois momentos (T0 e T1) em D1 e D7, onde a jovem registrou ao início da prática meditativa, sentimentos de raiva em D1 e uma sensação de estranheza e ansiedade em D7. (Quadro 8).

Quadro 8– Avaliação dos parâmetros vitais da adolescente 5 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

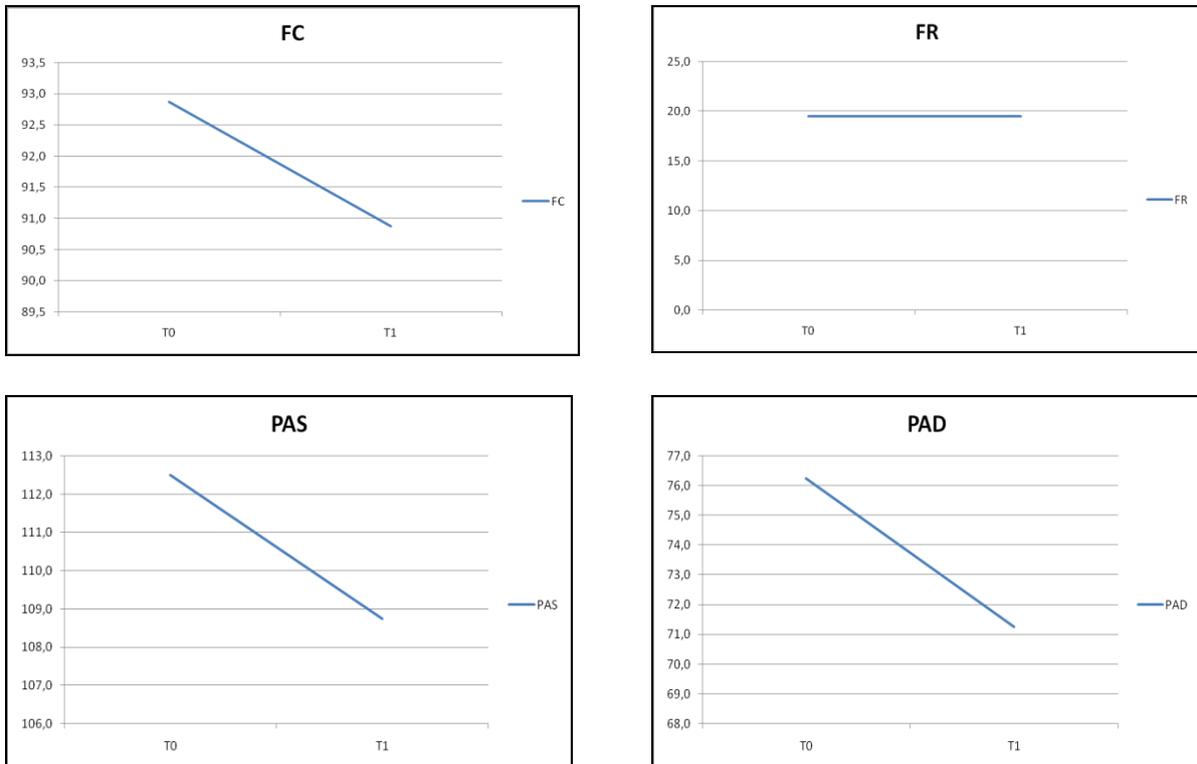
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	81	88	100	101	103	83	86	91	90	82	84	108	95	94	104	80
FR	20	20	20	20	20	20	20	20	16	16	20	20	20	20	20	20
PAS	120	130	110	90	110	90	110	100	100	100	120	120	120	130	110	110
PAD	75	80	75	70	80	60	75	60	70	70	80	70	80	90	75	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes (FR e PAS) monitoradas durante os oito encontros com a prática meditativa, evidenciaram uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas. Verificou-se também a manutenção dos valores da FR durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas. (Figura 6):

Figura 6 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 da adolescente 5, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

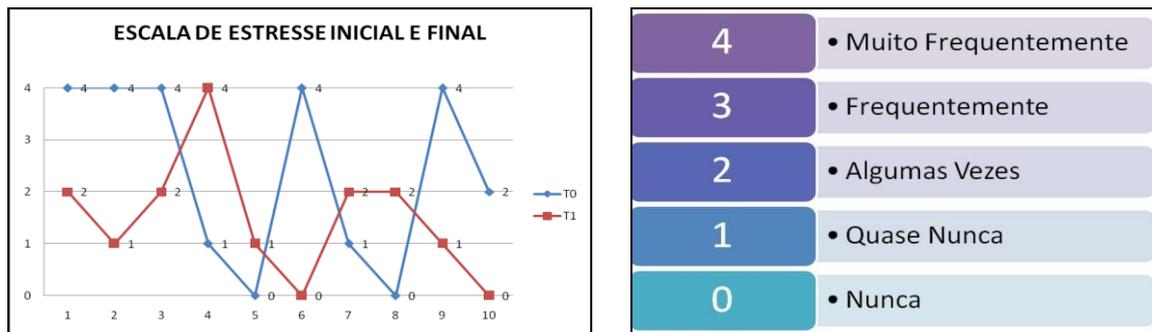
A adolescente sempre questionava sobre a próxima prática meditativa, registrando suas habilidades em conseguir imergir diante a focalização apresentada. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre *bullying*, como bissexual. Percebia-se sua disponibilidade em participar das práticas meditativas durante a intervenção, como também, seus relatos finais eram verbalizados com discrição e positividade, refletindo sempre bem estar. Evidencia-se os seguintes principais registros ao final das práticas meditativas: *...relaxada, amei a meditação, encontrei um lugar maravilhoso, pensamentos positivos, sentir-me especial.*

Durante a última intervenção com a prática meditativa a participante registrou que dentre os principais benefícios da meditação, estaria a sensação de tranquilidade para lidar com as vivências diárias além de conseguir controlar de uma maneira mais ágil os fatores estressores do cotidiano.

Diante a aplicação final do PSS destacou-se um escore com valor de 13 pontos, observando um nível **moderado** de estresse. Porém, observa-se diante seus registros, que, neste momento já conseguia por algumas vezes controlar suas irritações, além de perceber

também que por algumas vezes já conseguia ter tudo sob controle, algo sinalizado inicialmente pela mesma como nunca. Destaca-se também a ampliação de sua autoconfiança para a resolução de seus problemas, algo respondido como quase nunca, em aplicação inicial do PSS (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para a adolescente 5, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.6 Unidade de análise – Caso 6 – Adolescente 6.

O adolescente 6, 17 anos, estudante do EREM, apresentou no encontro inicial um escore de estresse com um total de 35 pontos, sinalizando um nível de estresse **alto**. Este, apresentava-se tímido, reservado, porém, sempre motivado a participar de todas as intervenções e apoiar a participação de outros colegas. No primeiro encontro verbalizou apenas quando questionado. Destaca-se em suas autopercepções iniciais, antes das oito práticas meditativas, o registro dos seguintes sentimentos e sensações: saudade da família, tranqüilidade, felicidade, preocupação, tristeza, medo.

Segue abaixo, os registros das FR, FC, PAS e PAD coletadas durante as oito práticas meditativas. Salienta-se que a FC em T1 no dia 2 e no dia 6, apresentou-se aumentada ao final da prática meditativa, pois nestas datas, o adolescente apresentou-se saudosos diante a prática meditativa em D2 e em D6, verbalizou preocupação. (Quadro 9).

Quadro 9 – Avaliação dos parâmetros vitais do adolescente 6 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

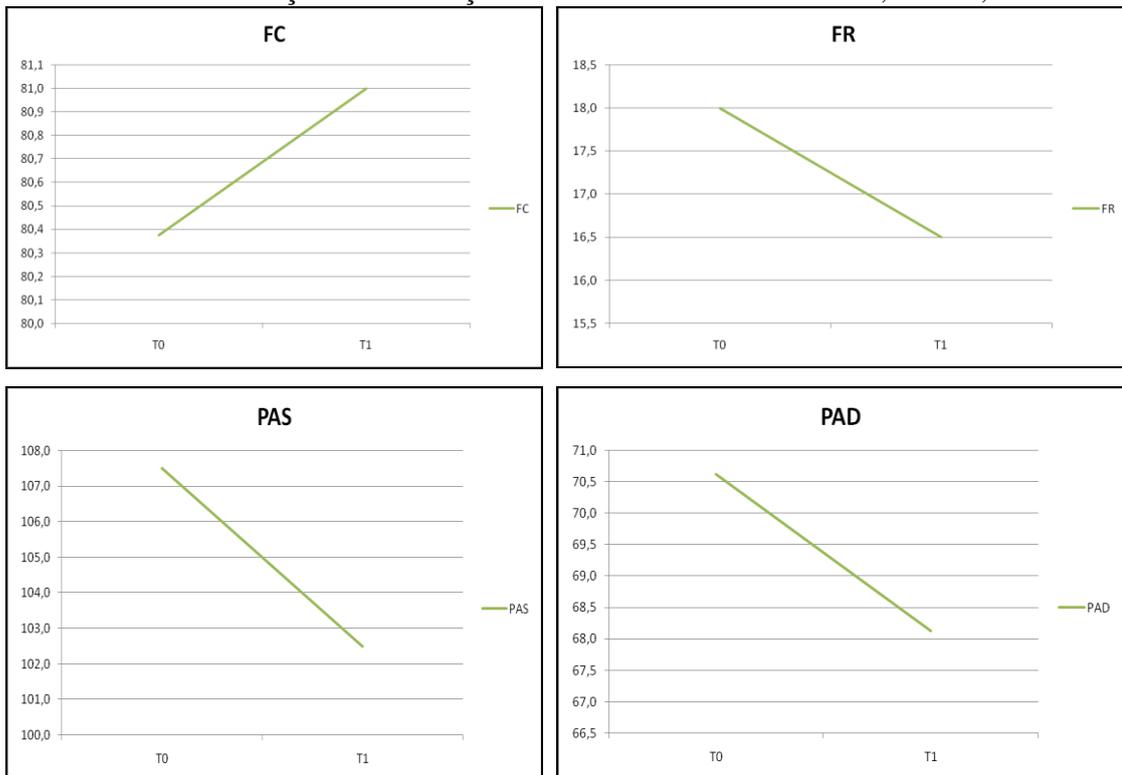
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
INTERVALO	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	72	68	75	77	69	66	100	98	90	88	69	90	80	78	88	83
FR	16	12	20	20	16	12	20	20	16	16	16	16	20	16	20	20
PAS	100	90	100	100	100	100	110	110	110	110	120	100	110	100	110	110
PAD	70	70	70	70	60	60	80	75	70	70	70	60	70	70	75	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes FR, PAS e PAD evidenciam uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas, porém a FC apresentou uma elevação em seus valores: (Figura 7):

Figura 7 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 do adolescente 6, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

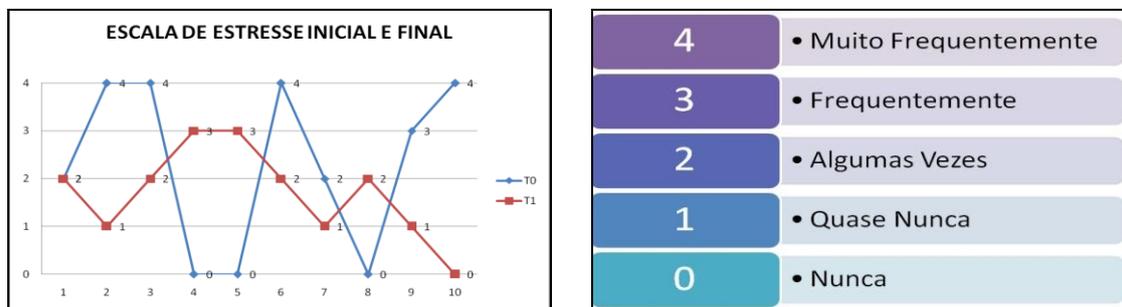
O adolescente 6, apresentava habilidades em conseguir imergir diante a focalização apresentada. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre

bullying, como homossexual. Percebia-se sua disponibilidade em participar das práticas meditativas, como também, seus relatos finais eram verbalizados com discrição e positividade. Observam-se os seguintes registros ao final das práticas meditativas:...*tranquilo, estou mais relaxado, suave e com sono, pensativo, seguro, amoroso, consegui encontrar alguém especial.*

O adolescente 6 registrou durante a última intervenção com a prática meditativa, os seguintes benefícios: sensação de bem estar, relaxamento, principalmente nos momentos de depressão, além de ampliar a habilidade da paciência consigo e com o outro.

Diante a aplicação final do PSS destacou-se um escore com valor de 15 pontos, observando, portanto, um nível **moderado** de estresse, porém, observa-se em seus registros, que, neste momento já conseguia por algumas vezes controlar as coisas importantes de sua vida, algo descrito como quase nunca em preenchimento inicial do PSS. O jovem ainda destacou a frequência de sua autoconfiança para a resolução de seus problemas, algo negado inicialmente. Registra-se também a negativa em relação à incapacidade em ultrapassar dificuldades, algo apresentado com muita frequência, em aplicação inicial do PSS (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para o adolescente 6, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.7 Unidade de análise – Caso 7 – Adolescente 7.

O adolescente 7, com 14 anos, estudante IPE, apresentou no encontro inicial um escore de estresse com um total de 18 pontos, sinalizando um nível de estresse **moderado**. Apresentava-se inicialmente reservado, disperso, conseguindo, com dificuldade, imergir na focalização. A partir do terceiro encontro, registrou a realização da prática da meditação em sua residência e nos momentos de tensão. Informou também a dificuldade em conciliar o sono nos dias que antecedia as avaliações escolares. Destacam-se em suas autopercepções iniciais,

antes das práticas meditativas, os seguintes sentimentos e sensações: sono, sentir-se bem, tranquilidade, felicidade, ansiedade, angústia, sobrecarga, felicidade pela proximidade do final de semana.

Segue abaixo, os registros das FR, FC, PAS e PAD coletadas durante as oito práticas meditativas em T0 e T1. Destaca-se a PAS em T2, no dia 5, onde o jovem registrou sentir-se ansioso e em D8, onde este informou em tom eufórico a proximidade com o final de semana (Quadro 10).

Quadro 10– Avaliação dos parâmetros vitais do adolescente 7 durante os oito encontros de intervenção com a meditação Recife, 2018.

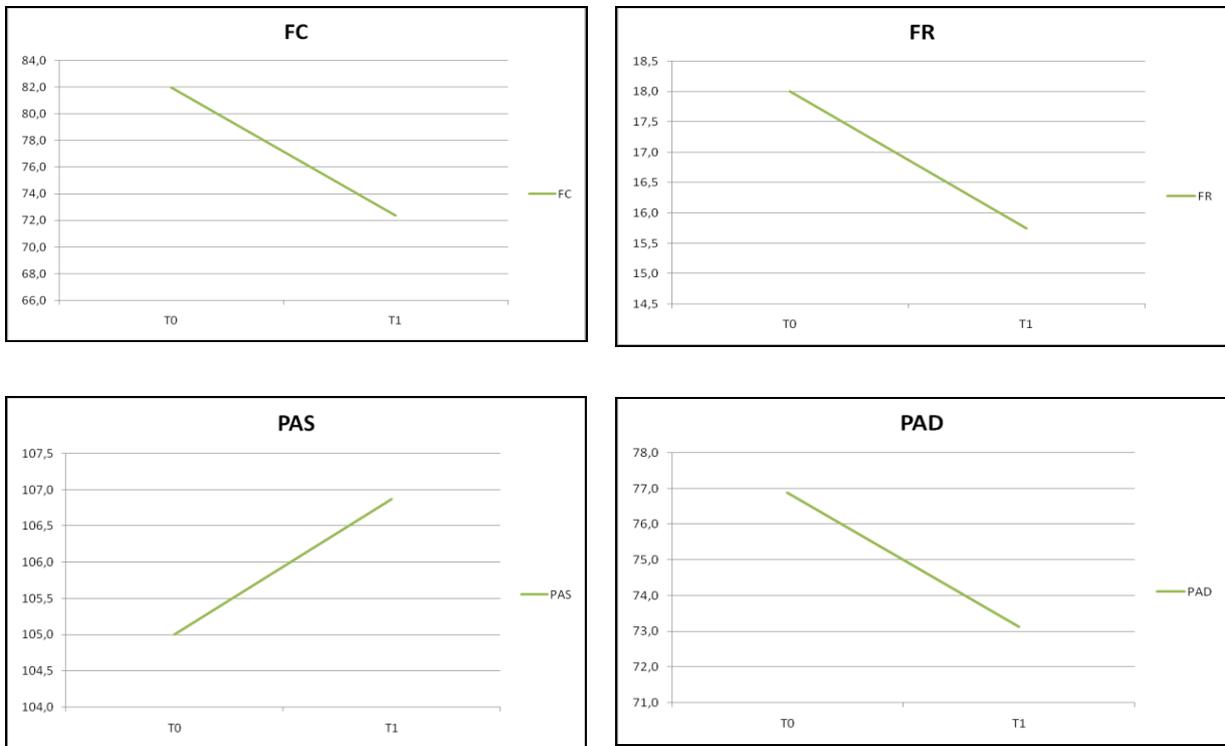
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	96	81	68	66	64	62	70	64	110	83	62	53	72	70	114	100
FR	20	16	16	16	16	12	16	12	20	16	20	20	16	14	20	20
PAS	120	120	90	90	90	90	100	95	100	130	110	100	110	100	120	130
PAD	80	80	75	75	75	60	70	70	75	90	80	70	70	70	90	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes FR, FC e PAD evidenciam uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas, porém a PAS apresentou uma elevação em seus valores (Figura 8):

Figura 8 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 do adolescente 7, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

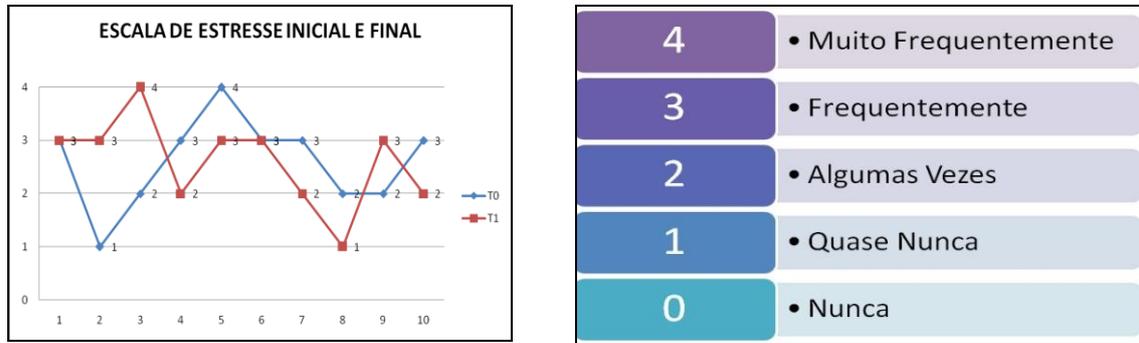
Durante os últimos cinco encontros, o adolescente apresentava-se mais concentrado, conseguindo concluir as práticas meditativas, porém, verbalizava ansiedade, preocupação e sobrecarga diante o cumprimento das atividades escolares, o que interferia em sua relação materna. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre *bullying*, como heterossexual. Percebia-se ainda, sua disponibilidade em participar das práticas meditativas, e, seus relatos finais eram verbalizados com rapidez. Observou-se os seguintes registros ao final das práticas meditativas: *...sono, tranquilo, relaxado, feliz, calmo, porém, gostaria de me sentir melhor, estou bem.*

O adolescente registrou durante a sua última intervenção com a prática meditativa, os seguintes benefícios desta: a realização da prática meditativa em casa, capacidade de conciliar mais satisfatoriamente o sono e o repouso, superação da insônia.

Apesar do relato anterior, após a aplicação final da (PSS) observou-se um escore com valor de 26 pontos, evidenciando uma elevação do nível de estresse de moderado para **moderado alto**. Verificou-se ainda em seus registros, um aumento da frequência relacionada a sensação de nervosismo e estresse, redução da sensação de sentir ter o controle das situações

de sua vida, além de perceber-se mais furioso devido a situações que ultrapassaram seu controle (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para o adolescente 7, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.8 Unidade de análise – Caso 8- Adolescente 8

O adolescente 8 tem 16 anos, freqüentava o EREM e, apresentou no encontro inicial um escore de estresse com um total de 23 pontos, sinalizando um nível de estresse **moderado alto**. Ao início da intervenção, o adolescente evidenciava sinais de ansiedade, apresentando interrupções na fala de seu interlocutor, timbre elevado de voz e inquietude, além da dificuldade em permanecer sentado nos dois primeiros encontros. Nos encontros seguintes, apresentava-se mais integrado a prática meditativa, motivado a participar das intervenções subsequentes, além de interagir espontaneamente com os outros participantes. A partir do quinto encontro, percebeu-se uma redução em sua interrupção diante a fala do outro, além de uma diminuição discreta em sua acústica vocal, apesar da permanência de uma fala veloz.

Destacam-se em suas autopercepções iniciais, antes das oito práticas meditativas, os seguintes sentimentos e sensações: ansiedade, preocupação, felicidade, alegria, estranheza, tranquilidade, agitação, sono.

Segue abaixo, os registros das FR, FC, PAS e PAD coletadas durante as oito práticas meditativas. Observa-se uma PAS elevada nos dois momentos (T0 e T1) em D1, D2, D3 e D6. Nestes encontros, o jovem apresentou relatos de ansiedade antes de iniciarmos a prática meditativa (Quadro 11).

Quadro 11 – Avaliação dos parâmetros vitais do adolescente 8 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

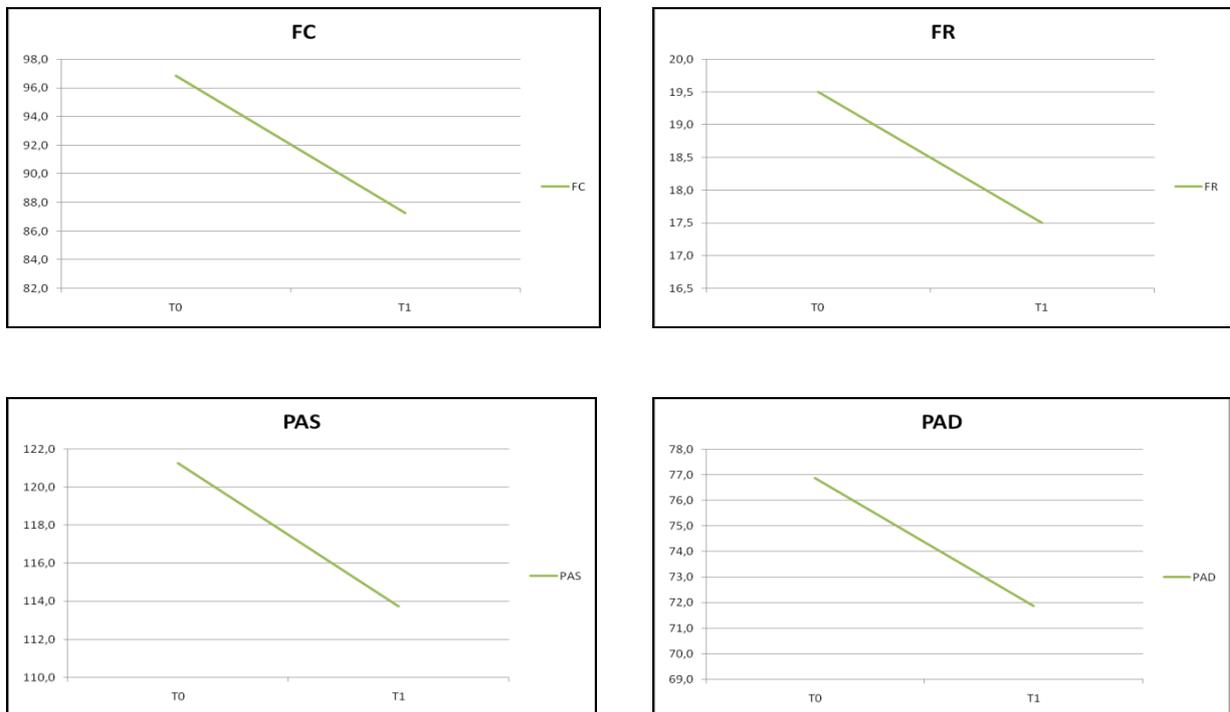
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
INTERVALO	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	102	89	100	92	98	84	100	100	77	54	86	95	110	92	102	92
FR	20	16	20	16	20	16	20	20	16	16	20	16	20	20	20	20
PAS	140	130	130	130	130	130	110	90	100	100	130	110	120	110	110	110
PAD	85	80	80	80	85	75	70	70	70	70	70	70	80	60	75	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018

As médias das variáveis dependentes FR, FC, PAS e PAD evidenciam uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas (Figura 09).

Figura 09 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 do adolescente 8, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

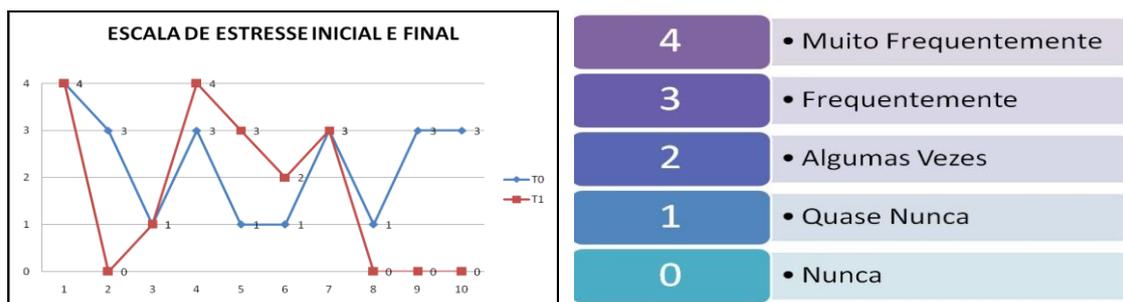
O adolescente, apesar de sua postura ansiosa e inquieta, ao iniciarmos alguns encontros, apresentava habilidades para a imersão diante a focalização apresentada, visualizados a partir do quarto encontro. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em

questionário sobre *bullying*, como homossexual. Percebia-se a ampliação de disponibilidade em participar das práticas meditativas, como também, seus relatos finais eram verbalizados com rapidez, entusiasmo e positividade. Observam-se os seguintes registros ao final das práticas meditativas: *...alegre, com sono, feliz, confiante, mais calmo, sinto paz, compaixão e boas vibrações, mais leve, estou emocionado.*

Durante a última intervenção, verificou-se os seguintes benefícios desta em seu cotidiano a partir de seus registros: tranquilidade, relaxamento e autoconfiança.

Diante a aplicação final do PSS destacou-se um escore com valor de 13 pontos, destacando então, um nível **moderado** de estresse. Observou-se também que, o adolescente em seus registros, destacava a negativa em relação à incapacidade em ultrapassar dificuldades, algo apresentado com frequência, em aplicação inicial do PSS. Ao final das práticas meditativas, sentia-se com frequência que as coisas estavam a correr de sua maneira, percebia com muita frequência a confiança para o enfrentamento de seus problemas pessoais além da negativa para a fúria diante situações que ultrapassaram o seu controle no último mês. Sinalizou também, sua habilidade em ultrapassar as dificuldades, não permitindo o acúmulo destas, algo sinalizado em seu escore inicial, de maneira inversa, ou seja, era frequente o acúmulo de dificuldades impedindo-o em superá-las (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para o adolescente 8, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.1.9 Unidade de análise – Caso 9 – Adolescente 9

O adolescente 9 tem 15 anos, estudante EREM, apresentou no encontro inicial um escore de estresse de 33 pontos, sinalizando um nível de estresse **alto**. Apresentava-se sempre tranqüilo, receptivo, sorridente, interagindo de maneira cordial com os outros adolescentes participantes. Imergia com facilidade na focalização e motivava os participantes a

verbalizarem suas expressões. Seguem-se suas autopercepções iniciais, relacionadas a sentimentos e sensações antes das oito práticas meditativas: felicidade, nervosismo, raiva, aborrecimento, tranquilidade, apaixonado, normal.

Segue abaixo, os registros das FR, FC, PAS e PAD coletadas durante as oito práticas meditativas. Destaca-se para a PAS nos dois momentos (T0 e T1), em D6, onde o estudante registrou suas percepções de maneira emocionada, cuja temática estava relacionada a um “encontro com alguém especial me fez muito feliz” (Quadro 12).

Quadro 12 – Avaliação dos parâmetros vitais do adolescente 9 durante os oito encontros de intervenção com a meditação, Recife, 2018.

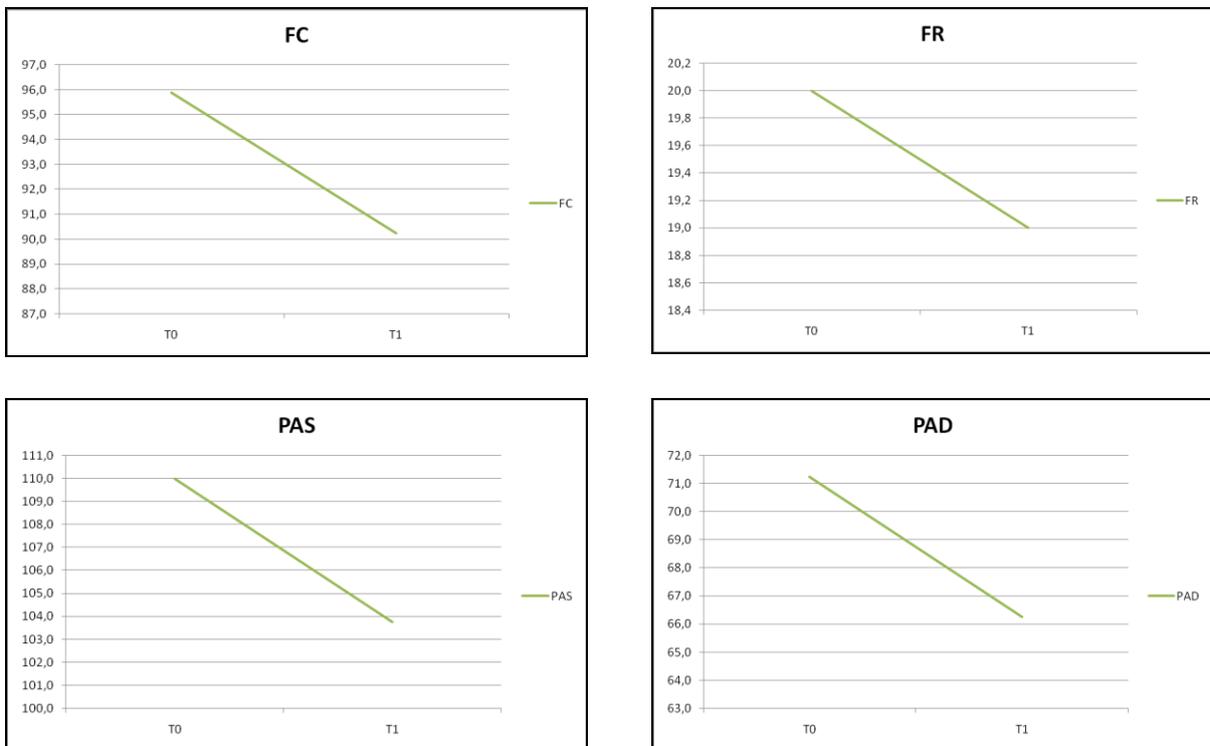
INTERVENÇÃO	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
FC	110	101	83	85	85	108	97	81	81	73	91	75	119	104	101	95
FR	20	20	20	16	20	20	20	16	20	20	20	20	20	20	20	20
PAS	110	110	110	90	100	120	100	90	100	100	130	120	110	100	120	100
PAD	70	70	70	60	70	70	70	60	60	60	80	70	80	70	70	70

T0 – Ao início da meditação. T1 –Ao término da meditação. FC – Frequência cardíaca. FR – Frequência Respiratória. PAS – Pressão arterial Sistólica. Pressão arterial diastólica.

Fonte: A autora, 2018.

As médias das variáveis dependentes FR, FC, PAS e PAD evidenciam uma queda em seus valores durante os dois momentos (T0 e T1) para os oito encontros das práticas meditativas (Figura 10).

Figura 10 - Representação gráfica das médias das variáveis dependentes avaliadas nos oito encontros com a intervenção da meditação no T0 e T1 do adolescente 9, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

O adolescente apresentava habilidade elevada para a imersão desde o primeiro encontro. Referiu sua orientação sexual durante abordagem em questionário sobre *bullying* como assexual. Percebia-se sua motivação e disponibilidade em participar das práticas meditativas, como também, seus relatos finais eram verbalizados com emoção e positividade. Observou-se os seguintes registros ao final das práticas meditativas: *...adorei a viagem, estou bem, estou feliz, encontrei uma pessoa muito especial, sinto-me meio brisado, estou desligado ainda.*

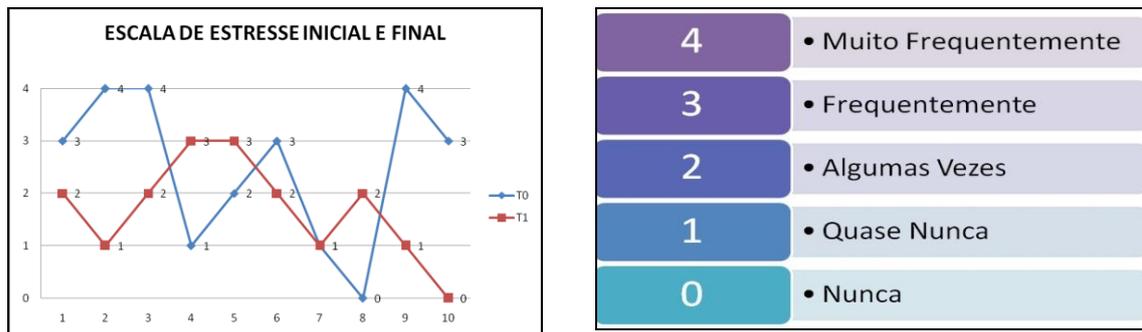
Durante a última intervenção, registrou os seguintes benefícios da prática meditativa em seu dia a dia: momentos relaxantes, momentos de paz interior, dias mais calmo.

Para a aplicação final do PSS observou-se um escore com valor de 15 pontos, revelando um nível **moderado** de estresse, porém, pode-se verificar em seus registros, que, quase nunca sentia-se incapaz de controlar as coisas importantes de sua vida, algo descrito como muito freqüente em preenchimento inicial do PSS. O adolescente destacou a frequência, por algumas vezes, de sua autoconfiança para a resolução de seus problemas, algo descrito como quase nunca, inicialmente. Registrou também a sua habilidade em ultrapassar as

dificuldades, não permitindo o acúmulo destas, algo sinalizado em seu escore inicial, de maneira inversa, ou seja, era frequente o acúmulo de dificuldades impedindo-o em superá-las.

Destaca-se ainda, o sentimento de fúria diante situações que ultrapassaram seu controle, sinalizado de maneira muito frequente inicialmente, apresentando-se como quase nunca, em preenchimento final do PSS. (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Escores iniciais e finais referente a aplicação do PSS para o adolescente 9, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.2 FASE 3 - RESULTADOS DO COMPARATIVO DAS UNIDADES DE ANÁLISES

Nesta etapa, são apresentados os resultados seguindo uma estrutura comparativa entre as unidades de análise, correlacionando suas descrições e respectivos dados. (Yin, 2015).

Para esta etapa, a análise comparativa dos casos será utilizada como referência: as médias e medianas das variáveis dependentes, os escores de estresses iniciais e finais, além dos registros relacionados a variável independente aplicada as unidades de análises.

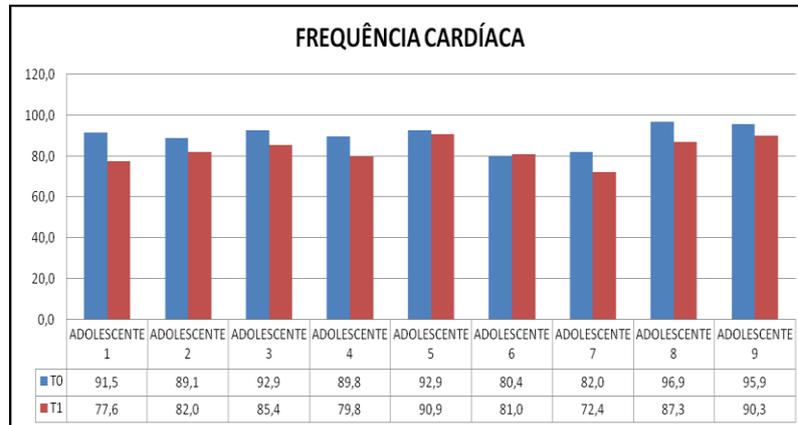
6.2.1 – Análise dos resultados referentes às variáveis Dependentes

Os resultados a seguir, discorrem sobre uma análise comparativa entre as unidades de análises, na perspectiva de relacionar as descrições dos casos entre estes (YIN, 2015).

Em relação aos nove adolescentes acompanhados por 120 dias com a prática meditativa, de acordo com as FCs destes, foi possível observar que, houve uma diminuição significativa deste parâmetro vital para os oito adolescentes entre sua verificação inicial (T0) e final (T1). Ressalta-se apenas que o adolescente 1 apresentou elevação de FC em D2 e D6, de acordo com os seus registros para as duas práticas, já citados anteriormente. As médias das

FCs se apresentaram da seguinte maneira: em T0 entre: 80,4 – 96,9 bpm e para T1: 72,4 – 90,9 bpm (Gráfico 10).

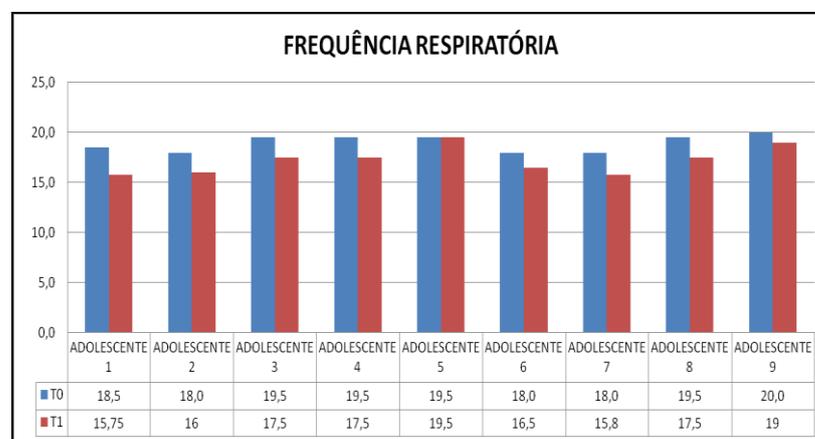
Gráfico 10 – Relação da frequência cardíaca (FC) dos adolescentes que participaram da totalidade das práticas meditativas, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

As alterações relacionadas às médias para as FRs dos adolescentes revelam diminuição entre os momentos (T0 e T1) para oito estudantes. Destaca-se que a adolescente 5 manteve os valores relacionados a FR durante os encontros. Esta, em registro inicial para o escore estresse, apresentou um nível **alto**, o qual se refletia também em suas verbalizações de sentimentos de raiva e ansiedade. As médias das FRs se apresentaram da seguinte maneira: em T0 entre: 18,0 – 20,0 rpm e para T1: 15,8 – 19 rpm. (Gráfico 11).

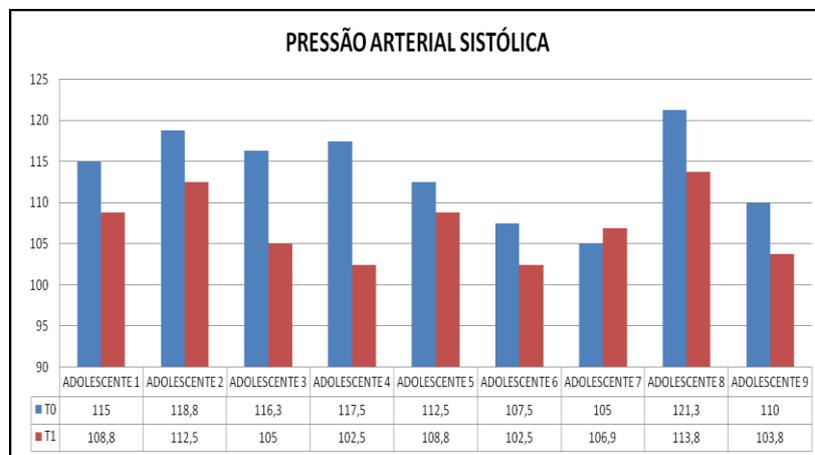
Gráfico 11 – Relação da frequência respiratória (FR) dos adolescentes que participaram da totalidade das práticas meditativas, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

De acordo com as PAS, observa-se uma diminuição entre os momentos (T0 e T1) para oito estudantes. Destaca-se o adolescente 7 que apresentou inicialmente um escore **moderado** para o estresse, e após os oito encontros, registrou um nível **alto** para o estresse. Para este adolescente, foi possível observar também, a alternância das PAS em dois encontros (D5 e D8) com elevação da PAS em T1, refletindo em sua média final para PAS. As médias dos valores de PAS se estabeleceram da seguinte forma: em T0 variando entre: 105 – 121,3 mmHg e para T1, entre: 102,5 – 113,8 mmHg (Gráfico 12).

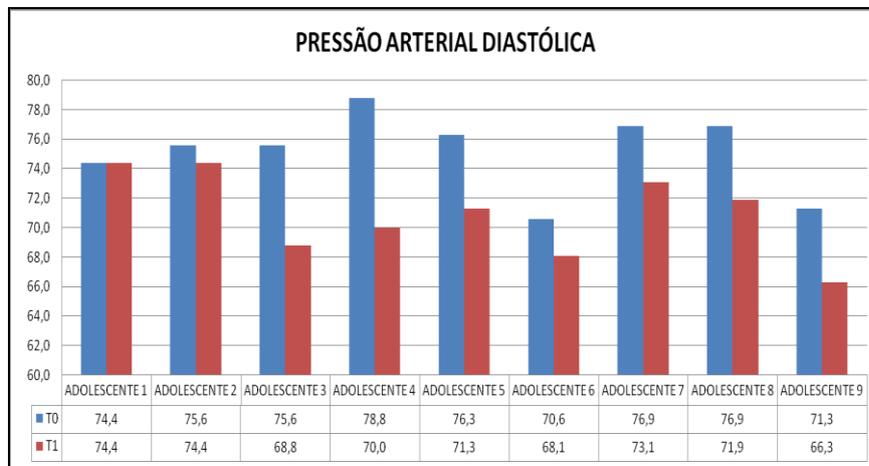
Gráfico 12 – Relação da pressão arterial sistólica (PAS) dos adolescentes que participaram da totalidade das práticas meditativas, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

As alterações relacionadas às médias para as PAD dos adolescentes revelam uma diminuição entre os momentos (T0 e T1) para oito estudantes, com valores em T0 variando entre: 70,6 – 78,8 mmHg e para T1: 66,3 – 74,4 mmHg. Destaca-se a adolescente 1 que manteve a média de seus valores pressóricos diastólicos estável (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Relação da pressão arterial diastólica (PAD) dos adolescentes que participaram da totalidade das práticas meditativas, Recife, 2018.



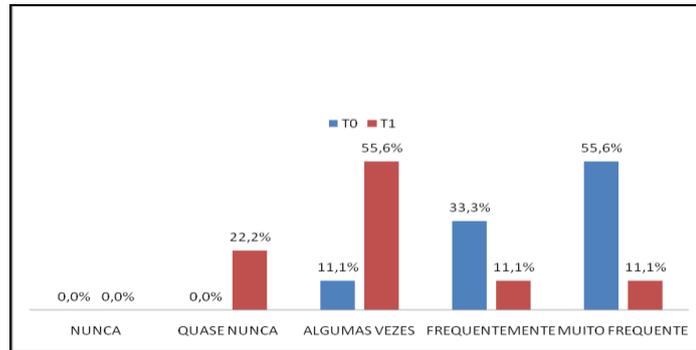
Fonte: A autora, 2018.

6.2.2 – Resultados referentes aos escores de estresses apresentados pela totalização das unidades de análises.

Durante a primeira e terceira etapa do estudo, foi solicitado aos nove adolescentes, o preenchimento do PSS para avaliação dos escores de estresse desta população ao início e ao término da intervenção com a prática meditativa. Discorre-se a seguir sobre os aspectos comparativos entre as etapas e os respectivos itens em destaque na escala PSS.

De acordo com o PSS, em seu item 1 (pág: 57), que destaca a frequência para a preocupação relacionada a algum acontecimento inesperado nos últimos 30 dias, verifica-se que em T0, as proposições “frequentemente” e “muito frequente”, emergiram nas seguintes proporções: 33,3% e 55,6%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que as preocupações entre os nove adolescentes, emergiram da seguinte forma: “algumas vezes”: 22,2%, “frequentemente”: 11,1% e “muito frequente”; 11,1%, para os últimos trinta dias (Gráfico 14).

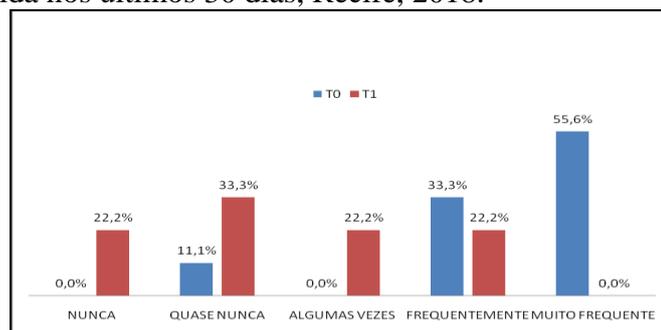
Gráfico 14 - Frequência relacionada a preocupação dos adolescentes por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

Destacando o item 2 do PSS (pág: 57), que registra a frequência com que o indivíduo se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida, para os últimos 30 dias, observa-se, para os adolescentes participantes, que, em T0, as proposições “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes” e “frequentemente” e “muito frequentemente” emergiram nas seguintes proporções: 0,0%, 11,1%, 0,0%, 33,3% e 55,6%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que o sentimento de incapacidade diante o controle diário de eventos em sua vida, se apresentava da seguinte forma: “nunca”: 22,2%, “quase nunca”: 33,3%, “algumas vezes”: 22,2%, “frequentemente”: 22,2% e “muito frequente” impactou com o resultado de 0,0% para os últimos trinta dias, algo com escore expressivo em T0 (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Frequência relacionada ao sentimento de incapacidade em controlar as coisas importantes da sua vida nos últimos 30 dias, Recife, 2018.

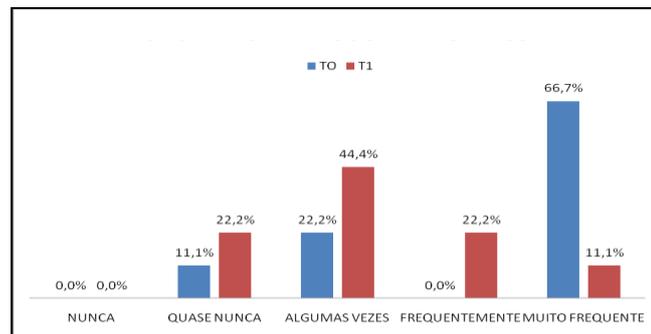


Fonte: A autora, 2018.

Em consonância com o PSS, em seu item 3 (pág: 57), que destaca a frequência para as sensações de nervosismo e estresse para os últimos 30 dias, verifica-se que em T0, as proposições “quase nunca”, “algumas vezes” e “muito frequente”, emergiram nas seguintes proporções: 11,1%, 22,2% e 66,7%, algo correlacionado aos escores de estresse apresentados inicialmente, ou seja, quatro adolescentes apresentaram um escore alto para o estresse, quatro

adolescentes apresentaram um escore moderado alto para o estresse e apenas um adolescente apresentou um escore inicial moderado. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que as sensações de nervosismo e estresse para os últimos 30 dias, entre os adolescentes, emergiram da seguinte forma: “quase nunca”: 22,2%, “algumas vezes”: 44,4%, “frequentemente”: 22,2% e “muito frequente”; 11,1%, para os últimos trinta dias (Gráfico 16).

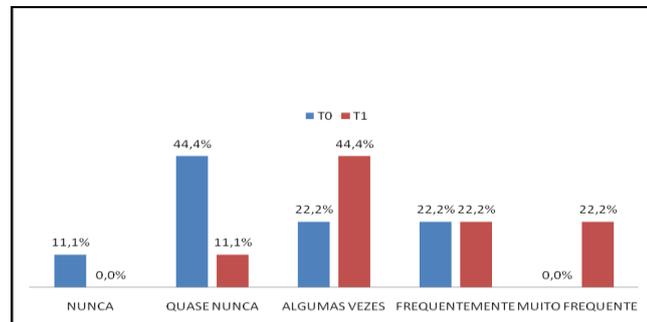
Gráfico 16 - Frequência relacionada a sensação de nervosismo e estresse nos últimos 30 dias, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

De acordo com o PSS, em seu item 4 (pág: 57), que destaca a frequência para a preocupação, relacionada a autoconfiança para o enfrentamento de problemas para os últimos 30 dias, observou-se que em T0, as proposições, “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes” e “frequentemente”, emergiram nas seguintes proporções: 11,1%, 44,4%, 22,2% e 22,2%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que a autoconfiança para o enfrentamento de problemas entre os adolescentes, se apresentaram da seguinte forma: “nunca”: 0%, “quase nunca”:11,1%, “algumas vezes”: 44,4%, “frequentemente”: 22,2% e “muito frequente”; 22,2%, para os últimos trinta dias. Portanto, registra-se a ampliação da autoconfiança ao final da Intervenção, com destaque para elevação dos itens “algumas vezes” e “muito frequentemente”(Gráfico 17).

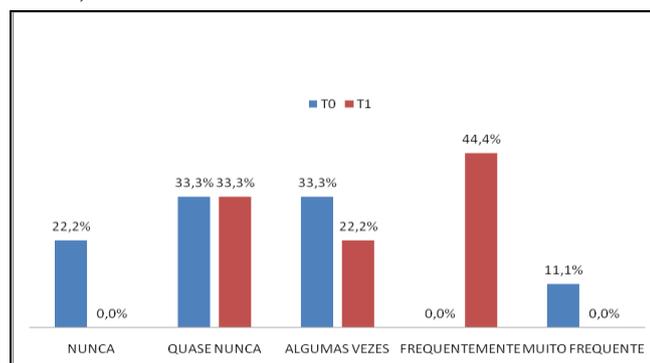
Gráfico 17 - Frequência relacionada a sensação de confiança para enfrentar os seus problemas pessoais nos últimos 30 dias, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

Destacando o item 5 do PSS (pág: 57), que registra sobre a frequência da sensação que os acontecimentos se desenvolviam de acordo com sua maneira, para os últimos 30 dias, observa-se, para os nove adolescentes participantes, que em T0, as proposições “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes” e “muito frequentemente” emergiram nas seguintes proporções: 22,2%, 33,3%, 33,3% e 11,1%, ou seja, inicialmente, apenas três adolescentes, destacavam que por algumas vezes, as atividades aconteciam a sua maneira. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que os acontecimentos se desenvolviam de acordo com sua maneira da seguinte forma: “quase nunca”: 33,3%, “algumas vezes”: 22,2% com destaque para o item “frequentemente”: 44,4%, evidenciando sua ampliação (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Frequência relacionada como os acontecimentos estavam a correr à sua maneira nos últimos 30 dias, Recife, 2018.

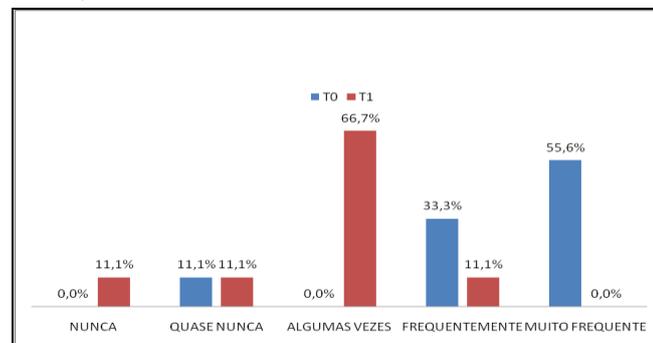


Fonte: A autora, 2018.

Em consonância com o PSS, em seu item 6 (pág: 57), que discorre sobre a sensação de esgotamento diante todas as atividades que necessitava realizar para os últimos 30 dias. Observam-se para os nove adolescentes participantes, que a frequência para a sensação de

esgotamento evidenciou-se nas seguintes proposições para T0; “nunca”: 11,1%, “quase nunca”: 11,1%, “algumas vezes”: 66,7%, “frequentemente”: 33,3% e “muito frequentemente”: 55,6%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que, a sensação de esgotamento diante todas as atividades que necessitavam realizar, evidenciava os seguintes resultados: “nunca”: 0,0% “quase nunca”: 11,1%, “algumas vezes”: 66,7%, “frequentemente”: 11,1% e “muito frequente”; 0,0%, para os últimos trinta dias, ou seja, observa-se que os adolescentes ao final da intervenção registraram uma diminuição expressiva da sensação de esgotamento diante as atividades que necessitavam realizar. (Gráfico 19).

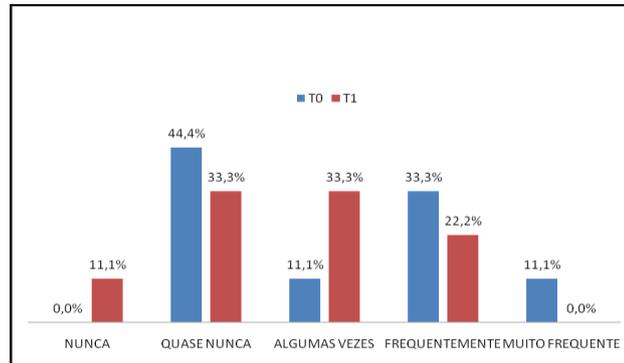
Gráfico 19 - Frequência relacionada ao esgotamento diante a totalização de coisas a realizar nos últimos 30 dias, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

De acordo com o PSS, em seu item 7 (pág: 57), que destaca a capacidade para o autocontrole diante as irritações, durante os últimos 30 dias. De acordo com os registros dos nove adolescentes respondentes, em T0, observou-se que as proposições, “quase nunca” “algumas vezes”, “frequentemente” e “muito frequente” apresentaram os seguintes valores: 44,4%, 11,1%, 33,3% e 11,1%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que o autocontrole para as irritações, referenciou-se da seguinte forma: “nunca”: 11,1%, “quase nunca”:33,3%, “algumas vezes”: 33,3%, “frequentemente”: 22,2, para os últimos trinta dias. Portanto, registra-se um aumento na proposição “algumas vezes” e redução da proposição “quase nunca” entre T0 e T1, porém, verifica-se também, uma redução nas proposições que indicam “frequentemente”e “muito frequente” para o autocontrole frente a sinais de irritação. (Gráfico 20).

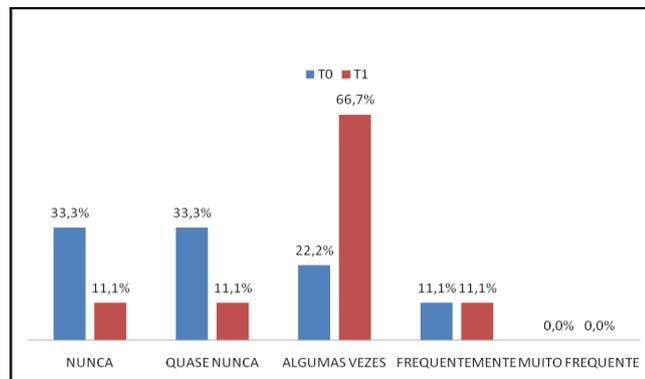
Gráfico 20 - Frequência relacionada a capacidade de controlar as suas irritações últimos 30 dias, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

Em consonância com o PSS, em seu item 8 (pág: 57), que discorre sobre a sensação de autocontrole nos últimos 30 dias, observa-se para os nove adolescentes participantes, as seguintes proposições em T0: “nunca”: 33,3%, “quase nunca”: 33,3%, “algumas vezes”: 11,1%, “frequentemente”: 22,2% e “muito frequentemente”: 11,1%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, para a sensação de autocontrole, os seguintes resultados: “nunca”: 11,1% “quase nunca”: 11,1%, “algumas vezes”: 66,7% e “frequentemente”: 11,1%. ou seja, neste eixo, assinala-se que os adolescentes ao final da intervenção registraram uma expressiva ampliação do autocontrole por “algumas vezes”, algo registrado em T0, em maiores percentis para os itens “nunca” e “quase nunca” (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Frequência relacionada à sensação de autocontrole nos últimos 30 dias, Recife, 2018.

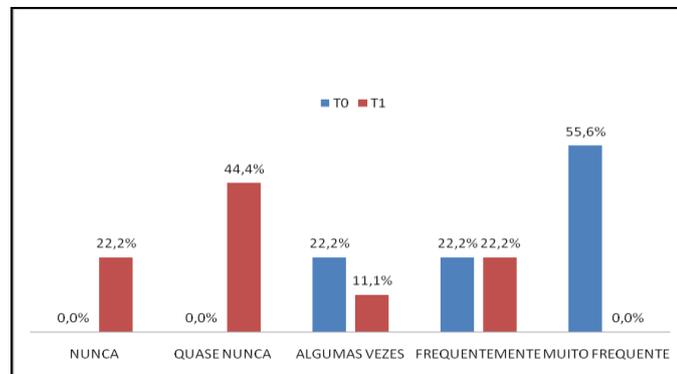


Fonte: A autora, 2018.

Destacando o item 9 do PSS (pág: 57), que registra sobre a frequência da sensação de fúria diante os acontecimentos que ultrapassaram o autocontrole nos últimos 30 dias, observa-se, para os nove adolescentes participantes, que em T0, as proposições expressaram “algumas

vezes”, “frequentemente” e “muito frequentemente” nas seguintes proporções: 22,2%, 22,2%, e 55,6%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se diante a frequência da sensação de fúria, em T1, que os valores se apresentavam da seguinte forma: “nunca”: 22,2%, “quase nunca”: 44,4%, “algumas vezes”: 11,1%, “frequentemente”: 22,2%, com destaque para o item “muito frequente” que não apresentou registro, evidenciando expressiva redução da frequência da sensação de fúria diante os acontecimentos que ultrapassaram o autocontrole dos adolescentes ao final das práticas meditativas (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Frequência relacionada a sensação de fúria por coisas que ultrapassaram o seu controle últimos 30 dias, Recife, 2018.

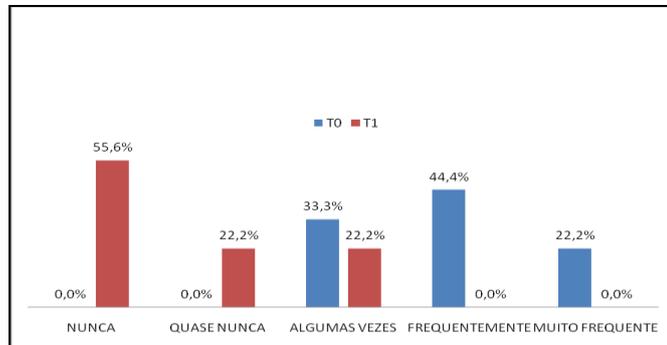


Fonte: A autora, 2018.

Destacando o item 10 do PSS (pág: 57), que registra a incapacidade para o enfrentamento das dificuldades cotidianas para os últimos 30 dias. Observam-se para os nove adolescentes participantes, que em T0, as proposições “algumas vezes”, “frequentemente” e “muito frequentemente” emergiram nas seguintes proporções: 33,3%, 44,4%, e 22,2%. Após a intervenção com as oito práticas meditativas, verificou-se em T1, que o sentimento de incapacidade para o enfrentamento diário para os eventos de sua vida, se apresentava consecutivamente da seguinte forma: “nunca”: 55,6%, “quase nunca”: 22,2%, “algumas vezes”: 22,2%, “frequentemente”: 0,0% e “muito frequente”: 0,0% para os últimos trinta dias.

Este registro, evidencia de maneira expressiva a alternância da autopercepção diante T0 e T1 para o fortalecimento do enfrentamento diante as dificuldades pelos adolescentes (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Frequência relacionada a incapacidade para o enfrentamento das dificuldades cotidianas para os últimos 30 dias últimos 30 dias, Recife, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

6.2.3 – Resultados relativos à variável independente – intervenção meditação.

De acordo com os nove adolescentes participantes da intervenção com a meditação, verificou-se em suas dinâmicas ou padronizações iniciais, durante a primeira aplicação do PSS, que, os escores para o estresse que emergiram nesta etapa, voltaram-se para: alto (4 adolescentes), moderado alto (4 adolescentes), e moderado (1 adolescente). Estes adolescentes revelaram inicialmente, a vivência com o *bullying* homofóbico em suas dinâmicas escolares. Após as oito práticas meditativas foi possível observar que os níveis de escores para o estresse, se posicionaram da seguinte maneira: moderado (5 adolescentes), moderado alto (3 adolescentes), e baixo (1 adolescente), o que permitiu observar uma mudança de um padrão ou comportamento expresso anteriormente, verificados em seus relatos diante as sensações e sentimentos ao término das práticas. Observou-se também, a partir das percepções verbalizadas, em uma compreensão coletiva, revelada a partir dos relatos diante os benefícios da meditação para si e na sua relação com o outro.

De acordo com Martha Rogers, o fenômeno da homeodinâmica norteia a prática do cuidado de Enfermagem para a promoção do equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente. Destaca que o homem interage constantemente com o ambiente, a partir de sua integralidade, o que repercute em suas diversas dimensões, permitindo uma ressonância, ou seja, o dinamismo e uma autorregulagem em seus padrões de vida, refletindo consecutivamente em uma totalidade inovadora ou helicidade, sempre focalizada em seu processo histórico e nas suas respectivas potencialidades para a repadronização de seu autocuidado, autonomia e transmutação para uma nova realidade (ROGERS, 1986).

A partir dos relatos dos adolescentes ao término das intervenções, sobre quais os benefícios que a meditação trouxe para você e na sua relação com os outros, observa-se, que, mesmo para o adolescente que transitou do nível moderado para o estresse ao início e, ao término apresentou um escore moderado alto para o estresse (adolescente 7), seu relato emerge uma nova padronização diante uma condição vivenciada anteriormente: *...tenho conseguido fazer em casa..durmo bem melhor....superei a insônia..*, portanto, foi possível observar uma mudança dos padrões dos campos humanos que virá consecutivamente a refletir nos campos ambientais de maneira holográfica.

Diante as vivências da totalidade da amostra, com a prática da meditação, percebeu-se ainda, a positividade dos relatos, bem como na efetividade dos benefícios da meditação diante a relação consigo, repercutindo em sua qualidade de vida e nas diversas dimensões que compõe o indivíduo e suas relações sociais (Quadro 13).

QUADRO 13 – PRINCÍPIOS DA HOMEODINÂMICA PARA OS NOVE ADOLESCENTES EM T0 E T1, Recife, 2018.

Princípios da homeodinâmica				
ADOLESCENTES		Integralidade – reflete a integração dos campos individual e ambiental.	Ressonância – Relaciona-se com as variações no processo vital do indivíduo.	Helicidade – refere-se ao padrão rítmico dos campos do indivíduo e do ambiente. Correlaciona-se com metas e mudanças ocasionadas por processos de repadronização.
01	Adolescente 1 (14 anos)	Score de estresse T0 – 30. Nível Moderado Alto	Score de T1 – 10. Nível Baixo.	<i>...Foi muito bom para mim...vivi coisas que nunca tinha vivido...consigo agora fazer em casa...me sinto mais calma....gostei muito de viver essa experiência...consegui viver coisas lindas.....estou mais paciente com as pessoas....</i>
02	Adolescente 2 (16 anos)	Score de estresse T0 – 28 Nível Moderado Alto	Score de estresse T1 – 20 Nível Moderado	<i>...É uma experiência nova para mim....me sinto mais calma....e agora não preciso pensar muito para conseguir me acalmar..</i>
03	Adolescente 3 (13 anos)	Score de estresse inicial – 35 Nível Alto	Score de estresse final – 21 Nível Moderado Alto	<i>...A meditação me ajudou a ser mais calma....a escutar e respeitar o próximo...</i>
04	Adolescente 4 (17 anos)	Score de estresse inicial – 27 Nível Moderado Alto	Score de estresse final – 24 Nível Moderado Alto	<i>... Estou mais calma, mais aliviada..falando mais baixo..sentindo mais equilíbrio entre todos....conciliando tudo melhor...</i>
05	Adolescente 5 (16 anos)	Score de estresse inicial – 36 Nível Alto	Score de estresse final – 13 Nível Moderado	<i>.....Estou mais calma, aprendi a controlar os estresses do dia a dia...</i>
06	Adolescente 6 (17 anos)	Score de estresse inicial – 35 Nível Alto	Score de estresse final – 15 Nível Moderado	<i>... A meditação me ajudou a relaxar mais, principalmente nos momentos de depressão. Consigo ter mais paciência e consigo sentir uma sensação muito boa..</i>
07	<u>Adolescente 7</u> <u>(14 anos)</u>	Score de estresse inicial – 18 Nível Moderado	Score de estresse final – 26 Nível Moderado Alto	<i>....tenho conseguido fazer em casa...durmo bem melhor....superei a insônia...</i>
08	Adolescente 8 (16 anos)	Score de estresse inicial – 23 Nível Moderado Alto	Score de estresse final – 13 Nível Moderado	<i>.... Estou me sentindo mais calmo...mais relaxado...mais confiante....</i>
09	Adolescente 9 (15 anos)	Score de estresse inicial – 33 Nível Alto	Score de estresse final – 15 Nível Moderado	<i>.... Momentos relaxantes....com paz interior....tenho passado por dias mais calmos...</i>

Fonte: A autora, 2018.

7 DISCUSSÃO

A compreensão da interpretação dos resultados apresentados pelos nove adolescentes monitorados com a prática meditativa, durante 120 dias, permitiu identificar os significados e o efeito da meditação diante as ações da vida destes, as modificações diante os parâmetros vitais ocorridos durante as práticas meditativas, bem como a relação com os sinais de estresse vivenciados antes e após os oito encontros.

Os nove adolescentes participantes da intervenção sinalizaram a vivência do *bullying* homofóbico em suas dinâmicas escolares, algo evidenciado em seus registros diante o questionário sobre o *bullying*. O *bullying* se caracteriza como um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetidas de forma perturbadora. Esta prática ocorre sem motivação aparente, sendo executadas por uma ou mais pessoas numa relação desigual de poder. Sua expressão pode ser visualizada a partir de brincadeiras, apelidos, agressões, percebidas no contexto escolar (FANTE, 2005; CAPINUSSÚ, BOTELLHO, 2007; SOUZA et al, 2018). O *bullying* pode se projetar enquanto violência física, como algo visualizado pelo corpo, a partir de lesões e hematomas ou diante as agressões psicológicas, incidindo no comportamento global da vítima, comprometendo seu desenvolvimento biopsicossocial (FANTE, 2005; SOUZA, DEVIDE, PRIES, 2018).

O *bullying* evidencia-se também, como uma manifestação de preconceito e intolerância diante situações sociais e estruturais que diferem de um padrão idealizado por nossa sociedade de consumo resultando, portanto, das interações entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais em que o adolescente se encontra, tais como: a família e a escola, espaços marcados por processos de exclusão e delineados por crenças e valores construídos e reproduzidos sócio culturalmente (BACILA, 2005; PINTO, 2011; MELLO, et al, 2016)

Ao vivenciar a prática do *bullying*, os adolescentes, enquanto vítimas e/ou agressores, encontram-se mais expostos a apresentar déficit de concentração, ansiedade, ideação suicida, autoagressão, estresse, sentimentos de raiva, desânimo e tristeza, com interferência em seu desenvolvimento cognitivo e socioemocional (ANTÔNIO e MOLEIRO, 2015; LEREYRA et al, 2015; CÉNAT et al, 2015; SAMPAIO et al, 2015; JANTZER et al, 2015; MELLO et al, 2016).

A manifestação do *bullying* pode ocorrer ainda, na relação da identidade sexual dos adolescentes, o qual constitui o *bullying* homofóbico. O fenômeno do *bullying* homofóbico correlaciona-se com a prática da homofobia, caracterizada por um conjunto de práticas,

crenças, ideologias e discursos que visam excluir/ discriminar todas e quaisquer manifestações dissidentes das normativas heterossexuais (CASTAÑEDA, 2007; BORRILLO, 2010; CAPINUSSÚ, 2007; SOUSA *et al*, 2018).

De acordo com Sousa *et al*, (2018) a naturalização da heterossexualidade como a expressão apropriada de orientação sexual, faz com que qualquer outra identidade sexual seja considerada como desviante e, por conseguinte discriminada. O *bullying* homofóbico categoriza-se então, como uma forma de discriminação e/ou violência direcionadas a pessoas que possuem identidade sexual diferente da heterossexual, percebidos por vezes, como transgressores das regras sociais heteronormativas, mesmo que se mantenham invisíveis diante estas, se apresentando em inúmeros momentos como heterossexuais, com a finalidade de não sofrerem violência de ordem simbólica ou física e social (BORRILLO, 2010; CAPINUSSÚ, 2007).

Diante a caracterização dos nove adolescentes, a partir de suas respostas para a autodefinição de sua orientação sexual, estes, se apresentaram da seguinte forma: três adolescentes se definiram como bissexuais, três adolescentes se apresentaram como homossexuais, um adolescente se apresentou como heterossexual, outro se identificou como assexual e uma adolescente não respondeu.

A escola encontra-se em local privilegiado, enquanto dispositivo social a partir da prática educativa, voltada para as abordagens relacionadas às questões de gênero, sexualidade, entre outros, porém, também se encontra envolta na reverberação de uma proposta cultural heteronormativa (JUNQUEIRA, 2009; RONDINI, FILHO e GONSALVES, 2017). De acordo com Rodrigues e Machado (2006), os adolescentes destacam a escola como um espaço institucional ainda marcado pela manifestação homofóbica. Castañeda (2007) destaca ainda, o conceito de homofobia interiorizada, o qual relaciona indivíduos que se apresentam dissidentes dos padrões de gênero e sexualidade normativos, porém, evitam-na por medo de serem rejeitados socialmente ou a serem vistos enquanto tais, o que significaria a perda de seu status de normalidade.

A identidade sexual estaria vinculada também a ideia de quem o adolescente acredita ser, como se sente diante suas autopercepções dinâmicas, as suas transformações endógenas e exógenas, suas sensações e sentidos, em construção (BRASIL, 2006; FREITAS, DIAS, 2010).

Os nove adolescentes participantes da intervenção com a prática meditativa, se distribuíram da seguinte forma: sete adolescentes freqüentavam a EREM (adolescente1, adolescente 2, adolescente 4, adolescente 5, adolescente 6, adolescente 8 e adolescente 9), e

dois adolescentes (adolescente 3 e adolescente 7) eram estudantes do Colégio da rede privada de ensino. O *Bullying* revela-se também com um fenômeno que perpassa transversalmente a sociedade acontecendo nos mais diversos ambientes escolares, independente dos aspectos sociais, culturais e econômicos dos estudantes refletindo, portanto, sem diferença significativa para a incidência deste entre instituições de ensino públicas e privadas (MOURA, CRUZ e QUEVEDO, 2011; SILVA *et al*, 2012; MELLO, 2016).

De acordo com os escores de estresse, observados na primeira aplicação do PSS aos nove adolescentes observaram-se os seguintes resultados: quatro adolescentes apresentaram nível alto para o estresse, quatro adolescentes apresentaram nível moderado alto para o estresse e um adolescente sinalizou nível moderado para o estresse.

Os efeitos do *bullying* podem ser evidenciados entre os adolescentes, por meio da expressão de estados depressivos, apatia, agressividade, descontrole, baixa auto-estima, baixa autoconfiança, introspecção, isolamento, estresse, incluindo o risco para suicídio. O Suicídio é um tipo de violência autoinfligida que tem aumentado na população adolescente podendo ter influência do ambiente escolar, provocando também um impacto na saúde pública brasileira (FANTE, 2005; CANDAU, 2003; CASTRO, CUNHA E SOUZA, 2011; SILVA, 2018).

Outro destaque para as conseqüências do estresse no cotidiano de crianças e adolescentes, além da vivência do *bullying* no espaço escolar, relaciona-se a presença da violência doméstica, condições socioeconômicas desfavoráveis, o abuso físico e sexual, assim como, a negligência durante o desenvolvimento da infância e da adolescência, fatores, com impacto para o desenvolvimento cognitivo e cerebral destes (UNICEF, 2005; MCGREGOR *et al*, 2007; OLIVEIRA, 2010).

Dentre as reações do estresse, vivenciadas a partir do *bullying* nos espaços escolares e, prejudiciais aos adolescentes, destacam-se, as sensações corporais, sentimentos e emoções tais como: taquicardia, cefálea, insônia, cólicas, sensação de sufocamento, pensamentos autoreferentes e destrutivos, ideação suicida, além de pensamentos autopunitivos (SILVA, 2008; SILVA, 2010).

Durante a adolescência verificam-se as etapas do processo de maturação, evidenciadas através da presença de atividade em várias regiões do cérebro. Dessa maneira, a vivência precoce de eventos estressantes, são fatores de grande influência para o desenvolvimento cerebral. O mecanismo do estresse é caracterizado pela ativação de uma cascata de eventos neurobiológicos e neuroquímicos, como a liberação de adrenalina e cortisol. Algumas regiões cerebrais como o hipocampo e o córtex pré-frontal apresentam alterações morfológicas e químicas em resposta ao estresse, que são reversíveis se o estresse perdurar por até algumas

semanas. Para os quadros de estresse prolongado, potencializam-se mudanças duradouras na estrutura e funcionamento cerebral, com implicação para o desenvolvimento de dificuldades cognitivas em crianças e adolescentes. (MCEWEN, 2008; CHARMANDARI, 2003; OLIVEIRA, 2010).

A adolescência é marcada ainda pelo desenvolvimento de determinados aspectos: busca de identidade, independência, juízo crítico, afetividade, elaboração de um projeto de vida e sexualidade (BEE, BJORKLUND, 1999; BEE, 2000; OLDS, PAPALIA, 2013). Observa-se também uma ambivalência evidenciada por atitudes contraditórias, oscilações de humor, incertezas, angústias e sensibilidade ao prazer (FERREIRA, ALVIM, TEIXEIRA, VELOSO, 2007; SENNA, DESSEN, 2012). Estas poderão promover maior vulnerabilidade diante as situações de risco além de, reduzir a capacidade do adolescente em apresentar respostas adaptadas e adequadas para situações e tensões sociais contribuindo para o aparecimento de sinais e sintomas para o estresse (SCHERMANN, *et al*, 2014).

Alguns fatores ambientais, tais como, exposição a contextos sócio-econômicos desfavoráveis e, violência, além da produção de sentimentos de raiva e incapacidade, determinam quadros psicofisiológicos como o estresse, responsável pela alteração dos níveis pressóricos. Estes são capazes de provocar um desequilíbrio entre o sistema nervoso autônomo simpático (SNAS) e o sistema nervoso autônomo parassimpático (SNAP), que regulam funções como respiração e pressão sanguínea. Depreende-se então, a importância em compreender as circunstâncias na vida dos sujeitos e a continuidade destas, para a existência de quadros crônicos de estresse, os quais podem promover maior expressão na origem dos adoecimentos psíquicos e fisiológicos (KANNER, *et al* 1982; DE LOGIS, 1982; WEINBERGER, HINER, TIERNEY, 1987; SBISSA, *et al*, 2009).

Em relação aos nove adolescentes acompanhados por 120 dias com a intervenção, de acordo com os registros das médias dos seguintes parâmetros vitais, FCs, FRs, PAS e PAD, foi possível evidenciar que, houve uma diminuição significativa destes, durante os oito encontros com a meditação, evidenciados entre sua verificação inicial (T0) e final (T1).

Após a última aplicação do PSS aos nove adolescentes, observaram-se os seguintes escores de estresse: moderado (5 adolescentes), moderado alto (3 adolescentes), e baixo (1 adolescente), o que permitiu observar a sinalização uma mudança de acordo com padrão inicial.

O uso da meditação, a partir das evidências científicas, permite discorrer sobre seus benefícios, quer seja na redução do estresse, da ansiedade, do aumento da resiliência e afetos positivos, além na autopercepção dos praticantes, diante a melhora nas oscilações de humor e

redução de pensamentos negativos e autopunitivos (DANUCALOV, SIMÕES, 2009; NOGUCHI, 2015).

Verifica-se ainda, melhora de aspectos cognitivos, promove uma maior capacidade de absorção atencional e aumento da concentração. Portanto, considerando estes achados, a meditação poderá ser indicada como terapia integrativa para o cuidado em saúde em todo o ciclo vital, visto que, as alterações fisiológicas correlacionadas a essas práticas registram reduções da frequência cardíaca, alterações do fluxo sanguíneo encefálico, modificações nas concentrações de neurotransmissores, variações hormonais, reduções da temperatura corporal, aumento no volume sanguíneo, alterações dos sentidos e da autopercepção, diminuição da resistência vascular periférica, destacando também, para um possível controle consciente de sistemas considerados como involuntários (MENEZES, AGLIO, DALBOSCO, 2009; NOGUCHI, 2015).

Em um estudo realizado com a Fundação CASA (Centro de assistência sócio-educativa ao adolescente), onde adolescentes com idade entre 12 e 20 anos, submetidos a rotinas de vida de múltiplas carências e condições socioeconômicas desfavoráveis, foram submetidos às práticas de Yoga e meditação por um determinado período. Os resultados indicaram uma diminuição expressiva nos índices de ansiedade e depressão (moderada e grave) destes jovens, além de uma melhora significativa na qualidade de vida e no padrão do sono (DEVEZA, 2012; IRVING, DOBKIN, 2009, AGLIO, DALBOSCO, 2009; NOGUCHI, 2015).

Observou-se também que o escore de estresse inicial do adolescente 7 apresentou pontuação 18, registrando um nível moderado de estresse. Porém sua pontuação ao final, revelou um total de 26, caracterizando um nível moderado alto para o estresse.

Ainda que a totalidade dos adolescentes tenha registrado os benefícios da meditação em seu cotidiano e na relação com o outro, os processos vibracionais emergem de aspectos endógenos, ou seja, o indivíduo pode encontrar alguma resistência construída internamente, onde, necessita de um período para a habilitação de sua consciência emocional diante as experiências desafiantes ou até para a reconstrução de conceitos e crenças apreendidas, como por exemplo, a restrição social da expressão da emotividade para o menino. (LOMAS, CARTWRIGHT, EDGINTON, RIDGE, 2015).

A PNPIC, a partir da Portaria nº145/2017, refere que a meditação consiste também em, promover a focalização da atenção de maneira não analítica, reduzindo o pensamento repetitivo promovendo alterações favoráveis no humor, fortalece o desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo externo. Possibilita o

desenvolvimento de habilidades para lidar com os pensamentos observando-os de maneira consciente, ensinando a não se deixar influenciar por eles compreendendo-os como fluxos mentais. Permite ao indivíduo o fortalecimento da concentração da respiração, da contemplação, a partir da utilização de sons, palavras ou imagens (BRASIL, 2018).

Com a inserção da oferta de Práticas Integrativas, e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema único de Saúde (SUS), a partir da rede de Atenção Básica, considera-se que as práticas integrativas são baseadas em uma visão ampla do processo saúde-doença, favorecendo o cuidado integral, holístico, com fortalecimento ainda para a promoção do autocuidado em diversos espaços sociais. Faz-se necessário potencializar a efetivação destas práticas, a partir da formação dos profissionais de saúde, e ampliação destas práticas de cuidado, para a promoção de um cuidado integral, considerando a evidências destas diante o protagonismo dos indivíduos, além de suas implicações para fomentar o bem estar e a qualidade dos sujeitos envolvidos (NOGUCHI, 2015).

A enfermagem envolve o contexto e o processo cuidar de indivíduos de diferentes orientações culturais, sociais e estilos de vida diversos. Essa diversidade pode ser utilizada pelo Enfermeiro de modo criativo com o indivíduo, grupo, família, adequando-se e respeitando os valores culturais, convicções e expectativas dos usuários, para a promoção de uma assistência que atenda as necessidades biopsicossociais dos sujeitos, a partir de uma abordagem holística ampliada a prevenção de situações de risco e promoção do autocuidado (SILVA, CHRISTOFFEL e CASTRO, 2007; BEZERRA e CARDOSO, 2006; MELLO, 2016; MALTA, *et al*, 2014).

As PICS ainda se destacam de acordo com os princípios que as norteiam: envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, enfatizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006). Faz-se necessário que o enfermeiro, diante a sua abordagem holística, possa habilitar-se também nas diversas práticas integrativas legalmente instituídas, a partir do exercício crítico-reflexivo, fortalecendo inovações em sua prática de cuidado, além da ampliação destes recursos nos processos formativos e oferta responsável de novos cenários para o cuidado integral (MAGALHÃES, ALVIM, 2013).

O enfoque para a utilização do cuidado de Enfermagem, a partir de uma abordagem criativa e intuitiva dos conhecimentos científicos, emerge a partir da Ciência do Ser Humano Unitário ou Teoria do Ser Humano Unitário de enfermagem da Enfermeira Martha Rogers. A Ciência do Ser Humano Unitário, introduz o fortalecimento de uma prática de Enfermagem

centrada em um sistema terapêutico independente, focalizados em processos não-invasivos e que introduza o olhar diante os fenômenos energéticos, aspectos intrínsecos ao ciclo vital humano. Dentre as práticas, pode-se citar: o toque terapêutico, a meditação, a musicoterapia, a cromoterapia, Florais de Bach, entre outras (ROGERS, 1970; SÁ, 1994).

Rogers, (1970), destaca que, o ser humano encontra-se no centro do objetivo da Enfermagem, e por isso discorre sobre alguns pressupostos: o ser humano é um todo unificado, indivisível, integrado ao ambiente e as infinitas dimensões que compõem o universo; o indivíduo, a partir de seu campo energético aberto encontra-se em constante troca e integração simultânea com o campo de energia ambiental, amplo e infinito, em um domínio não-linear denominado pandimensionalidade. A constante integração entre os campos humanos e ambientais provocam transformações simultâneas entre estes, favorecendo um processo contínuo de crescimento, mudança e atualização, fomentando os princípios da homeodinâmica (ROGERS, 1970).

A homeodinâmica se fundamenta diante o desenvolvimento da mudança para equilíbrio dos campos humano e ambiental e, centraliza-se em três princípios básicos: o princípio da integralidade - integração constante e indivisível entre os campos humano e ambiental; ressonância – mudanças ininterruptas entre os campos humano e ambiental resultando em trocas energéticas com variadas frequências de onda; helicidade - constitui as respostas ocasionadas pelas mudanças ininterruptas entre os campos humano e ambiental, ou seja, as transformações que passam a fazer parte do presente, incorporado ao presente num ritmo dinâmico e não-linear. A doença, portanto, estaria relacionada às interações desarmônicas do ser humano com o ambiente, refletida em determinado ponto do espaço-tempo secundária a hábitos, costumes e grau de conhecimento do ser humano, acerca do seu "eu", do seu mundo e do universo (KUREBAYASHI, 2012; ROGERS, 1970; SÁ, 1994).

A Integralidade, também pode ser definida como a fase onde se inicia o primeiro encontro com o Enfermeiro, porém, esta, se estende por toda a consolidação da vinculação entre o profissional e o usuário. A partir do primeiro contato entre o enfermeiro e usuário é possível identificar a dinâmica inicial entre o campo humano e o ambiental, ou seja, os padrões iniciais existentes. A Ressonância registra as mudanças contínuas e, possibilita ao Enfermeiro estabelecer ou restabelecer, o curso rítmico entre o campo humano e o ambiental.

Já, a helicidade institui a continuidade da direção e da mudança dos padrões dos campos humanos e ambientais, a partir da repadronização e reorganização do curso rítmico entre o usuário e o meio ambiente, impossibilitando regressões a estádios anteriores (ROGERS, 1980; ROGERS, 1986; SILVA, 1993).

Ao destacarmos os primeiros relatos dos nove adolescentes na primeira abordagem ou integralidade com a prática meditativa, verificam-se os seguintes registros em suas chegadas: Adolescente 1/ansiedade, Adolescente 2/ansiedade, Adolescente 3/cansaço, Adolescente 4/ansiedade, Adolescente 5/ raiva, Adolescente 6/saudade da família, Adolescente 7/sono, Adolescente 8/ansiedade e Adolescente 9/felicidade. Percebe-se a prevalência, da ansiedade diante o primeiro momento de integração com a prática, com o profissional e com os outros participantes. As respostas coadunaram com os registros dos escores de estresse inicialmente mensurados, ou seja, oito adolescentes refletiram níveis entre moderado alto e alto, apenas um apresentou um escore moderado.

Na seqüência das realizações das práticas meditativas, no processo de ressonância, pode-se observar as variações nos processos vitais dos adolescentes, quer seja diante as respostas apresentadas antes e após as práticas meditativas, bem como sinalizadas nos escores finais relacionados ao estresse: um adolescente apresentou um nível baixo para o estresse, e oito adolescentes reverberaram seus escores entre o nível moderado e moderado alto.

Ao final das vivências, a partir dos relatos dos adolescentes, foi possível verificar as mudanças ocorridas em seus padrões iniciais, reflexo da helicidade, com a repadronização, evidenciados por conteúdos positivos que expressam reflexões a partir de suas individualidades, mas que, ampliam-se para a dinâmica da totalidade de suas relações. (Quadro 13). As novas sensações e sentimentos irão ocasionar continuamente interações com o ambiente e com o outro de maneira sistêmica, provocando transformações.

O comportamento humano reflete a dinâmica das dimensões humanas a partir dos aspectos; biológico, psicológico, social, cultural, espiritual, entre outros, que emergem em um todo indivisível, no qual as partes não são distinguíveis. Perante o referencial Rogeriano, o cuidado de Enfermagem passa a ser compreendido como um processo interativo e sistemático que se dirige para o auto-conhecimento e a auto-transformação, numa relação de harmonia do ser humano com o seu "eu" e com o meio ambiente, diante o curso do ciclo vital (ROGERS, 1980; ROGERS, 1989; SILVA, 1993).

A Ciência do Ser Humano Unitário, direciona a prática de Enfermagem para o reconhecimento de padrões na perspectiva de convocar o usuário a participar efetivamente e conscientemente das repadronizações e consecutivamente das mudanças. Favorece a integração harmônica entre pessoa e o ambiente na promoção e identificação de as potencialidades para a cura e bem-estar, considerando o ser humano como um campo energético, capaz de se utilizar dos recursos da abstração, emoção, imaginação, linguagem,

pensamento produtivo e transcendência (KUREBAYASHI et al, 2012; BLUMENSCHHEIN, 2009; ROGERS, 1989).

Com a prática meditativa, realizada com os adolescentes, durante oito encontros, foi possível se utilizar de uma abordagem de cuidado holística e integral, utilizando uma técnica indutiva, a partir do recurso da focalização, através do uso da música e narrativa. (CARDOSO, 2011; CAMELO, 2011; ASSIS, PORTELLA, MALVA, 2016) A meditação deverá promover o desvio da atenção envolvida no fluxo de pensamento, para um único ponto ou processo, e, portanto, deverá se constituir de alguns parâmetros: ser realizada com regularidade, proporcionar um relaxamento psicofisiológico, conduzir ao praticante aprendizado suficiente para que este consiga executá-la sozinho, estimulando sua autonomia e, provocar durante a prática a manutenção para um foco de atenção, que poderá ser um ponto, mantra, som ou movimento (CABALO, 1996; GOLEMAN, 1997; CARDOSO, 2004; SBISSA, 2009).

A prática meditativa realizada de maneira freqüente proporciona ainda, a ampliação da produção da secreção do hormônio melatonina, interferindo em novos padrões para a conciliação do sono e repouso (HARINATH, 2004). Observa-se, diante os relatos, que o adolescente 7 registra a melhora em seu padrão para conciliar sono e repouso: *....tenho conseguido fazer em casa..durmo bem melhor....superei a insônia...*

Assim, diante o uso do recurso da meditação, foi possível observar a comprovação de seus efeitos e benefícios, a partir dos relatos dos nove adolescentes e verificação de seus parâmetros vitais: redução dos escores de estresse, redução dos parâmetros vitais, ampliação da sensação de bem estar, empatia, ampliação da autoconfiança e autocontrole, concentração, relaxamento, verbalização da sensação de calma e tranquilidade, melhoria nas relações sociais e mudanças positivas diante as situações a serem enfrentadas em seu cotidiano, além da possibilidade de ampliar a realização da prática meditativa em outros espaços, de maneira autônoma.

Diante a intervenção de enfermagem, foi possível conferir uma melhoria da qualidade de vida dos adolescentes em questão, ampliando o escopo das práticas de Enfermagem voltadas para prevenção de agravos, com a utilização da meditação para a promoção da saúde diante o *bullying*.

8 CONCLUSÃO

A utilização da meditação com os adolescentes pelo Enfermeiro permitiu evidenciar o impacto desta prática integrativa na dinâmica vital destes. Foi possível identificar as reduções relacionadas ao confronto dos escores de estresse apresentados. Observou-se também, as modificações expressivas apresentadas diante os parâmetros vitais (FR, FC, PAS e PAD) no decorrer da execução da intervenção, além dos fatores voltados a questões endógenas relatados pelos jovens, aspectos centrados na melhora na relação com o outro, ampliação da autoconfiança e autocontrole, melhora no padrão do sono, percepção de sentimentos de empatia, bem-estar e na qualidade de vida.

Nos ambientes escolares, onde foram realizadas as práticas meditativas, verificou-se um efeito sistêmico no envolvimento dos participantes e colaboradores (docentes, diretores e coordenadores pedagógicos), porém, é possível perceber um calendário escolar ainda restrito, focado numa construção vertical, onde as abordagens em saúde no ambiente escolar, realizadas por profissionais de saúde, ainda centralizam-se na prevenção de agravos ou identificação de doenças em horários diurnos limitados.

Com a realização deste estudo, sobre o efeito de uma intervenção em enfermagem, a partir do uso da meditação relacionada ao estresse vivenciado por adolescentes diante o *bullying*, pode-se perceber a meditação como um recurso simples, envolto de possibilidades para a abordagem do cuidado integral a partir do ambiente escolar. Foi possível perceber que a oferta desta prática integrativa, apresentou aceitação pelos adolescentes e docentes, apesar de ainda ser timidamente ofertada nos espaços educativos e serviços de saúde, a qual necessitaria partir de um planejamento prévio, intersetorial dialogado, tornando-a parte integrante das ações propostas para a promoção do cuidado em saúde.

Depreende-se que o fenômeno do *bullying*, apresenta-se de maneira complexa e multifatorial, com origens macrossocial e macroeconômica, evidenciando algumas variáveis fundamentais: aspectos pessoais do indivíduo, sociais, culturais, ambiente familiar, além do espaço escolar, marcado pela expressão desta violência.

As ações de prevenção e atividades educativas para a minimização das situações de *bullying* em geral e do *bullying* homofóbico na escola, necessitam estar ancoradas, além da integração dos serviços de saúde e educadores, precisam estar centradas na integralidade do cuidado, na medida em que se compreende a violência como uma manifestação que atinge a sociedade, e, portanto, exigem direcionamentos intersetoriais e multiprofissionais, na construção de redes e ações participativas que possam envolver os adolescentes, educadores,

profissionais da saúde, família, escola e comunidade, para uma abordagem que permita a reflexão sobre direitos, empatia, vínculos, autonomia, construção de ambientes saudáveis e seguros, protagonismo juvenil, numa participação social cidadã.

A ação de educação em saúde promovida pelo profissional Enfermeiro possibilita uma prática social, que vem a fortalecer a formação da consciência crítica dos sujeitos a respeito de suas subjetividades, a partir de suas realidades, com estímulo a busca de soluções para a promoção de ações individuais e coletivas.

Destaca-se também, sobre a importância em ampliar os estudos voltados para o fenômeno do *bullying* sobre a perspectiva do enfermeiro, quer seja sobre possibilidades de intervenção, ou ainda, como forma de legitimar as ações do enfermeiro diante as políticas de saúde, que necessitam serem reconduzidas diante o cenário da violência escolar. Diante *bullying* homofóbico, se faz necessário o fortalecimento do processo formativo para o Enfermeiro, voltados para o reconhecimento da diversidade cultural e sexual, os quais poderão reconduzi-lo ao enfrentamento diante às questões relativas ao gênero e orientação sexual, na perspectiva da promoção do autocuidado subjetivo, integral e holístico.

A prática meditativa poderá, portanto, ser reproduzida em outros espaços de cuidado em saúde, destacando seus benefícios diante a qualidade de vida dos praticantes, além de ser uma ferramenta importante para o autoconhecimento e desenvolvimento da empatia com repercussão sistêmica, ampliando-se então, para as diversas dimensões que envolvem o sujeito e seu ambiente. Registra-se também, diante a literatura, a identificação de poucos estudos relacionados à temática.

Refletir sobre a Ciência do Ser Humano Unitário ou Teoria do Ser Humano Unitário que conduziu a pesquisa, é uma forma de ampliar a prática de cuidado de Enfermagem para um novo paradigma no cuidado à saúde. É preciso, estender o olhar dos profissionais, enfermeiros para uma abordagem criativa com direcionamento para os processos energéticos que envolvem os campos dos sujeitos e suas interações com os campos ambientais com repercussão em seu comportamento e qualidade de vida, a partir de espaços dinâmicos onde estas trocas de energias possam promover harmonia, cidadania e autonomia. Focalizar nesta práxis poderá ser um novo caminho holístico para a promoção da saúde, e do bem-estar, fortalecendo transformações nos espaços educativos, sociais e de cuidado em saúde.

Os dados analisados nesse estudo contribuirão para direcionar o planejamento de novas ações de Enfermagem centradas na oferta da prática da meditação, diante os diversos espaços de cuidados, com foco numa construção dialógica, com um olhar holístico, que

valorize as diversidades culturais, as potencialidades dos sujeitos envolvidos e suas respectivas subjetividades.

Futuros estudos diante esta temática são imprescindíveis para aumentar as evidências científicas e, assim, ampliar a oferta da prática meditativa promovidas pelo profissional Enfermeiro habilitado, que possa lidar com as nuances que envolve a meditação, bem como, fortalecer seus respectivos benefícios, suscitando novas formas de pensar, e de realizar uma nova prática de Enfermagem humanística centrada na compreensão do autoconhecimento e consecutivamente na autotransformação diante as diversas realidades sociais.

REFERÊNCIAS

ABGLT. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Secretaria de Educação. Relatório de Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba. 2016.

ALBUQUERQUE, Jaqueline Galdino; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; LOPES, Marcos Venícius Oliveira; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Conhecimento deficiente acerca do HIV/AIDS em estudantes adolescentes: identificação de diagnóstico de enfermagem NANDA. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.14, n.1, p. 104 – 1, 2012.

ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque; D’AFFONSECA, Sabrina Mazo. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 29, n. 1, p. 91-98. 2013.

ALEXANDER, M; SANTO, J. Effects of homophobic versus non-homophobic victimisation on school commitment and the moderating effect of teacher attitudes in Brazilian public schools. Journal of LGBT Youth, n. 8, p. 289-308, 2011.

ANTÓNIO, Raquel; MOLEIRO, Carla. Social and parental support as moderators of the effects of homophobic bullying on psychological distress in youth. Psychol Schools. Vol. 52. N.8. p.729-42. 2015.

ARAÚJO, James Carlos da Silva; PERREIRA, Maria Cristina Cuono; SILVA, Fernanda Carla Faustino da; SILVEIRA, Gustavo André Fernandes; FILHO, Iran de Brito Marrocos; TAVARES, Maria de Fátima Abrahão; ROCHA, Kelly Cristina Fernandes; BEZERRA, Marlos Alves. Efeitos psicológicos da prática de Meditação e Aikido em professores da Zona Oeste de Natal. Revista Brasileira Medicina Família Comunidade. Florianópolis, vol. 7, n. 45. 2012.

ASSIS, Simone Gonçalves de. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. / organizado por Simone Gonçalves de Assis, Patrícia Constantino e Joviana Quintes Avanci. – Rio de Janeiro: Ministério da Educação / Editora FIOCRUZ, 270 p. 2010.

ASSIS, Alan da Silva Menezes; PORTELLA, Caio Fábio Schlechta; MALVA, Vivian Angélica dos Santos. Artigo: Contribuição da meditação para a qualidade de vida dos adolescentes. Caderno de Naturologia e Terapia Complementar. Vol: 05, nº 08, 2016.

BACILA, Carlos Roberto. Estigmas: um estudo sobre os preconceitos. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2005.

BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Claudio Simon. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. Volume 14, Número 1, p.131-138. 2010.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Presses Universitaires de France. 2008.

BECHARA, Aline Maria Dantas; GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS Marcelo; FACUNDES Vera Lúcia Dutra. “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.15, n.1, p.25-33, 2013.

BEE, Helen. Child and Adolescent Development. (9ªed). Boston: Person Custom Publishing. 2000.

BEE, Helen. BJORKLUND, Bárbara. The Journey of Adulthood. (9ªed). Upper Saddle River: Prentice Hall. 1999.

BENSON, Herbet. A resposta do relaxamento. Rio de Janeiro: Record. 1995.

BENSON, Herbert; KLIPPER, Miriam Z. The Relaxation Response. New York: Harper Collins Publishers Inc, 2000.

BENSON, Herbert; PROCTOR, William. Beyond The Relaxation Response. New York: Berkeley Books, 1985.

BERGER, Kathleen Stassen. Update on bullying at school: Science forgotten? Developmental Review, vol, 27, p. 90-126. 2007.

BERGER, Kathleen Stassen. O desenvolvimento da pessoa: da infância à adolescência. 5.ed. Rio de Janeiro: LTC. 2003.

BEZERRA, Maria Gorete Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 n.3. Ribeirão Preto. 2006.

BONADONNA, Ramita. Impacto da Meditação na Doença Crônica. Prática de Enfermagem Holística. Volume 17 - Edição 6 - p. 309- 319. 2003.

BLUMENSCHHEIN, Lisa. Analysis and application of Roger’s Science of Unitary Human Beings. Visions. vol.16, n. 1. P.55-61. 2009.

BORRILLO, Daniel. Homofobia: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2010.

BRASIL. Lei n. 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o programa de combate à intimidação sistemática (bullying). Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 152, n. 213, 9 nov. 2015 a. Seção 1, p. 1-2.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Lei n.13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para Formação de profissionais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF); 2006.

BRASIL/MS. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 1.^a edição. ano 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção básica. 4^a Edição. Brasília: MS; 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde; v. 4.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Programas e ações. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1^o Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica / Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. 562p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde. 68 p. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação/MEC. Ministério das mulheres e igualdade racial/MMIRDH. LEI nº - 13.185, de seis de Novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). 2015.

BRASIL. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Novos procedimentos oferecidos pela Política no Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRO, Elizabeth. Sementes do saber medicina alternativa: guia prático. São Paulo: Callis, 1997.

CABAJ RP. Gay men and lesbians. The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. P. 623-38. 2008.

CABALLO, Vicente. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. 1ª ed. São Paulo: Santos; 1996.

CAMARGO, Elisana Ágatha Iakmiu; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol.14(3): 937-946, 2009.

CAMELO, Luis Gonzaga. Efeitos da meditação prânica sobre o bem estar físico em emocional e os níveis hormonais de praticantes recentes. Dissertação de mestrado. UNB. 2011.

CAMPOS, Maria Teresa de A. A adolescência inventada e os sujeitos que se inventam na Participação Social: Capturas e rupturas. Dissertação de Mestrado. UNICAMP. 2008

CANDAU, Vera Maria. Somos todos iguais? Escola, discriminação e educação em direitos humanos. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

CALHAU, Lélío Braga. Bullying: o que você precisa saber: identificação, prevenção e repressão. Niterói, RJ: Impetus, 2009.

CANTINI, Nilza. Problematizando o bullying para a realidade brasileira. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo. 2004.

CAPINUSSÚ, José Maurício; BOTELHO, Rafael Guimarães. ‘Bullying’ e Educação Física na Escola: características, casos, consequências e estratégias de intervenção. Revista de Educação Física, n. 39, dez./ 2007.

CARDOSO, Roberto; SOUZA, Eduardo; CAMANO, Luiz. Meditation in health: an operational definition. Brain Research Protocols. Vol.14.p.58-60. 2004.

CARDOSO, Roberto. Medicina e meditação. Um médico ensina a meditar. 3ª edição. 2011.

CASTAÑEDA, Marina. A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas. São Paulo, SP: Girafa. 2007.

CASTRO, Marta de Lima; CUNHA, Sergio Souza da; SOUZA, Delma P Oliveira de. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev Saude Publica*. 45(6):1054- 1061. 2011.

CHARMANDARI E, KINO T, SOUVATZOGLOU E, CHROUSOS GP. Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Horm Res*. Vol. 59. N.4.161-79. 2003.

CÉNAT, JM; BLAIS, M; HÉBERT, M; LAVOIE, F; GUERRIER, M. Correlates of bullying in Quebec high school students: The vulnerability of sexual-minority youth. *J Affect Disord*. 183: 315-21. 2015.

COHEN Sheldon, KARMACK Tom, MERMELSTEINM Robin. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. Vol. 24 (4): 385 - 96. 1983.

COOPER, Katelyn; BROWNELL, Sara. Coming Out in Class: Challenges and Benefits of Active Learning in a Biology Classroom for LGBTQIA Students. *CBE—Life Sciences Education*. Vol.15 n.37.p. 1–19. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Brasília (DF); 1997.

CRAIG, W; HAREL-FISCH, Y; FOGEL-GRINVALD, H; DOSTALER, S; HETLAND, J; SIMONS-MORTON, B; MOLCHO, M; MATO, M; OVERPECK, M; DUE, P; PICKET, W. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, vol, 54, p. 216-224. 2009.

DE LOGIS, Anita; COYNE, James; DAKOF, Gayle; FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard. Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*. Vol. 1:119-36. 29. 1982.

DEMARZO, Marcelo Marco Piva. Meditação aplicada à saúde. Programa Atualização em Medicina Família e Comunidade. 6º ed. Porto Alegre/RS. Ed. Artmed. 6(1):1–18. 2011.

DEVEZA, César. Projeto YAM–Yoga para Adolescentes da Fundação Casa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Vol.7(1) p.12. 2012.

DIEHL, Alessandra; LEITE, Vieira Denise. *Sexualidade - do Prazer ao Sofrer - 2ª Ed.* 2017. Editora Roca.

ESPER, Marco Venício; SILVA, Maria Júlia Paes; GNATTA, Juliana Rizzo. Caracterização da produção científica sobre meditação na área da Saúde e na Enfermagem: revisão de literatura. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*. Vol 05, n. 08, 2016.

FANTE, Cleo. Fenômeno bullying – como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas – SP. Verus Editora; 2005.

FANTE, Cleo; PEDRA, José Augusto. *Bullying Escolar: perguntas e respostas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERREIRA, Márcia de Assunção; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; TEIXEIRA Maria Luiza de Oliveira; VELOSO, Raquel Coutinho. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Revista Texto Contexto da Enfermagem*, vol. 16, n. 2, p. 217-224. 2007.

FIGUEIRÓ, Maria Neide Damico. *Educação Sexual: múltiplos temas, compromisso comum*. Londrina: Eduel. 2009.

FIGUEIRÓ, Maria Neide Damico. *Educação Sexual: como ensinar no espaço da escola*. *Revista Linhas*, Florianópolis, v.7, n.1, jun./dez., 2006.

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. *Pesquisa sobre Preconceito e Discriminação no Ambiente Escolar*. 2009.

FONTANA, David. *Estresse: faça dele um aliado e exercite a autodefesa*. São Paulo: Saraiva, 1991.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal: 1988.

FREIRE, Ana Karla da Silva; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; VIEIRA, Michelângela Pinto; GOMES, Isabella Mendes; GOMES, Jéssica Gomes; RIBAMAR, Deolindo de Sousa; COELHO, Vitória Silva; NETO, Albertino José Ferreira; MARQUES, Keylla Karinna; SILVA, Gustavo Elias da; SOARES, Félix Alexandre Antunes; COSTA, Mateus Mattiuzi da. Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência: diálogos e aprendizagem na escola. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 38, n. 1, p. 3-14, jan./jun. 2017.

FREITAS, Kelly Ribeiro de; DIAS, Silvana Maria Zarth. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, vol. 19, núm. 2. p. 351-357. 2010.

FUNDAÇÃO ABRINQ. *Cenário da Infância e da Adolescência no Brasil*. Coktail Gráfica e Editora. 2016.

GARUTTI, Selson; NEVES, Andressa Lopes. Bullying homofóbico: uma discussão sobre a discriminação sexual escolar. *Caderno Intersaberes | vol. 4, n.5, p.54-66*. 2015.

GEORGE, Júlia B. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4º edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 2000.

GOLEMAN DJ, SCHWARTZ GE. Meditation as an intervention in stress reactivity. *J Consulting Clin Psychol*. Vol: 44, n.3, p.456-466. 1976.

GOLEMAN, Daniel. *A Mente Meditativa*. São Paulo: Editora Ática, 4ª ed. 1997.

GOMES, Romeu; MURTA, Daniela; FACCHINI, Regina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 23. N. 6. P.1997 – 2005. 2018.

GUILHERME C, CARVALHO EC de. Angústia espiritual em pacientes com câncer: intervenções de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. mar./abr.;5(2):290-94. 2011.

HARINATH, K; MALHOTRA, AS; PAL, K; PRASAD, R; KUMAR, R; KAIN, TC; RAI, L; SWHNEY, RC. Effects of hatha yoga and omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion. *The journal of alternative and complementary medicine*. Vol. 10. N.2.p.261-68. 2004.

HEALT, Lance. Operationally defining sexual orientation: towards the development of a fundamental measure of adolescent sexual responsiveness variations. Tese de Doutorado. Rhodes University, Grahamstown, South Africa. 2004.

HEIDEGGER Martin. *Ser e Tempo*. 8ª ed. Petrópolis (RJ). Ed.Vozes.1999.

HENRIQUES, Ricardo; BRANDT, Maria Elisa Almeida; JUNQUEIRA, Rogério Diniz; CHAMUSCA, Adelaide. Gênero e Diversidade Sexual na Escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos. In: *Caderno SECAD 4 - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Brasília-DF, 2007*.

HYDE, Janet. Delamater JD. *Understanding human sexuality*. 10º Ed. McGraw-Hill Higher Education. P. 336-63.2008.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar: Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro. 132 p. 2016.

IGLYO. Guidelines for an LGBTQ-inclusive education. 2007.

IRVING, Julie Anne; DOBKIN, Patrícia; PARK, Jeeseon. Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice* . vol. 15. N. 2. P. 61-6. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Censo Escolar 2012. Secretaria da Educação do estado de Pernambuco. Gerência geral de Tecnologia da Informação. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD. Síntese de Indicadores 2009.

JANTZER, Vanessa; HAFFNER, Johann; PARZER, Peter; RESCH Franz; KAESS, Michael. Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany. *BMC Public Health*. 15: 583-91. 2015.

JOHNSON, Willard. *Quem inventou a Meditação Do Xamanismo a Ciência*. 10 ed. São Paulo, SP: Cultrix Pensamento, 1995.

JÚNIOR, Ademir Ferreira Silva; SILVA, Márcia Cristina Freitas; PALHETA, Ananda Socorro Espíndola; TEXEIRA, Jéssica Bruna Gomes. O início da vida sexual de adolescentes escolares de uma comunidade tradicional do município de Inhangapi, Estado do Pará. *Revista Amazônia em Foco: Ciência e Tecnologia*, Castanhal, v. 4, n. 6, p. 5-17, 2016.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. “Aqui não temos gays nem lésbicas”: estratégias discursivas de agentes públicos ante medidas de promoção do reconhecimento da diversidade sexual nas escolas. *Revista Bagoas: estudos gays*. Vol.3. n.4, 172-190. 2009.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro. Vol.34(6): 35-45. 2000.

KABAT-ZINN, Jon. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, vol.4. p. 33-47. 1982.

KABAT-ZINN; Jon. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Editora: **Bantam** (Revised Edition), 2013.

KABAT-ZINN, Jon. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Construct Hum Sci*. vol.8. p. 73-107. 2003.

KANE, Kathleen. The phenomenology of meditation for female survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12(5), 501-518. 2006.

KANNER, Allen; COYNE, James; SCHAEFER, Catherine; LAZARUS, Richard. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*. Volume 4, n. 1, p. 1–39. 1981.

KOZASA, Elisa Harumi. Efeitos de exercícios respiratórios e de um procedimento de meditação combinados (SIDDA SAMADHI YOGA) em voluntários com queixa de ansiedade. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina de São Paulo. 2002.

KRISANAPRAKORNKIT, T; SRIRAJ, W; PIYAVHATKUL, N. *et al*. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: the Cochrane Library. 2006.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko; GNATTA, Juliana Rizzo; BORGES, Talita Pavarini; SILVA, Maria Júlia Paes da. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. *Acta Paulista Enfermagem*. Vol.25. n.5. P.694-700. 2012.

LAMB, Jennifer; PEPLER, Debra; CRAIG, Wendy. Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician*, vol, 55, p. 356-360. 2009.

LEME, Maria Isabel Silva. A gestão da violência escolar. *Revista Diálogo Educacional*. Vol. 9(28): p.541-555. 2009.

LEONELLO, Valéria Marli; L’ABBATE Solange. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18, p.149-66. 2006.

LEREYA, Tanya; COPELAND, Willian; COSTELLO, Jane; WOLKE, Dieter. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. Vol. 2. N.6. p. 524-31. 2015.

LERVOLINO, Solange Abrocesi. Escola promotora da saúde: um projeto de qualidade de vida. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

LEVINE, Marvin. The positive psychology of buddhism and Yoga: Paths to a mature happiness. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 2000.

LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade em crianças em idade escolar: Fatores de risco e proteção. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2005.

LIPP, Marilda Novaes; MALAGRIS, Lucia Novaes. O Stress Emocional e seu Tratamento. In Bernard Range (Org) . São Paulo: Editora: Artes Médicas. 2001.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Stress: conceitos básicos. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, p. 17-31. 1996.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 347-349, nov./dez. 2001.

LOMAS, T., CARTWRIGHT, T., EDGINTON, T. RIDGE, D. A Qualitative Analysis of Experiential Challenges Associated with Meditation Practice. Mindfulness, 6(4), pp. 848-860. 2015.

LOPES, Aramis Neto. Bullying - Comportamento agressivo entre estudantes. Jornal de Pediatria, vol, 81, n. 5, p. 164-172. 2005.

LOURENÇO, Benito; QUEIROZ, Lígia Bruni. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. Revista de Medicina. Vol. 89. N.2. p.70-5. 2010.

LOURO, Guacira Lopes. Sexualidade: lições da escola. In: MEYER, Dagmar Estermann (Org). Saúde e sexualidade na escola. 1 ed., v. 4, Porto Alegre: Mediação.p. 85-96. 1998.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; OLIVEIRA, Ana Roberta; SOBRINHO, André. Juventude, mobilização social e saúde; Interloquções com políticas públicas. Instituto PAPA/MAB/Canto Jovem, Recife. 2º Edição. 2010.

LYRA, Jorge; SOBRINHO, André; RIBEIRO, Cláudia; CAMPOS, Tereza; LUZ, Leonel; MEDRADO, Benedito. Adolescências em movimento: Traços, Tramas e riscos. Instituto PAPA/MAB/Canto Jovem. 1º edição. Recife. 2011.

MACEDO, Senei da Rocha Henrique; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; PESSOA, João Mário Pessoa; NÓBREGA, Vannucia Karla de Medeiros . Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sexuais. Revista Brasileira de Enfermagem. V.66, n.1, p. 103-9, 2013.

MACHADO, Sheila Francisca; VEIGA, Heila Magali da Silva; ALVES, Sérgio Henrique de Alves. Níveis de estresse em alunos de 3ª série do ensino médio. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 9, n. 2, p. 35-52, jul./dez. 2011.

MAGALHÃES MGM, ALVIM NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado da enfermagem. Revista da Escola Anna Nery 2013 vol.17. n° 4, p. 646 – 653. 2013.

MALTA, Déborah Carvalho; PORTO, Denise Lopes; CRESPO, Cláudio Dutra; SILVA, Marta Angélica Iossi; ANDRADE, Sylvania Suely Caribé; MELLO, Flávia Carvalho Malta, et AL. *Bullying* em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). Revista Brasileira Epidemiologia. P. 92-105. 2014.

MALTA, Déborah Carvalho; SILVA, Marta Angélica; MELLO, Flávia Carvalho; MONTEIRO, Rosane Aparecida; SARDINHA, Luciana Monteiro; CRESPO, Cláudio, et al. *Bullying* in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. Revista Ciência e Saude Coletiva. Vol. 15:3065-76. 2010.

MARQUES, Cláudio. Portilho; GASPAROTTO, Guilherme da Silva; COELHO, Ricardo Weigert. Fatores relacionados ao nível de estresse em adolescentes estudantes: Uma revisão sistemática. Revista Salusvita, v.34, n. 1, p. 99-108, 2015.

MARCHIORI, Marcia de Fátima Rosas. Estudo dos efeitos fisiológicos e psicológicos de uma técnica de Meditação Zen em uma amostra randomizada de idosos hipertensos. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

MASCARENHAS, Nildo Batista. Promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária: contribuição ao estudo. Salvador. Monografia [Graduação em Enfermagem]- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2010.

MCEWEN B. Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. Eur J Pharmacology. 583(2-3):174-85. 2008.

MCGREGOR, Sally Grantham; CHEUNG, Yin Bun; CUETO, Santiago; GLEWWE, Paul; RITCHER, Linda; STRUPP Barbara. Child development in developing countries: developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 369(9555): p. 60-70. 2007.

MARKOVITZ, JH; MATTHEWS, KA; KANNEL, WB; COBB, JL; D'AGOSTINO, RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? JAMA Network. 1993 vol. 27, n.20, p. 2439-43.1993.

MAYOCK, Paula; BRYAN, Audrey; CARR, Nicola; KITCHING, Karl. Supporting LGBT lives: a study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Ireland: BeLonG To GLEN, 2009.

MELO, Thiago Silva. A abordagem da diversidade sexual na escola: impasses e possibilidades. IV Colóquio Internacional educação, cidadania e exclusão: Didática e avaliação. Anais, 2015.

MENDES, Carla Silva. Violência na escola: conhecer para intervir. Revista Referência - II - n.º12 – 2010.

MELLO, Flávia Carvalho Malta de. et al.. *Bullying* e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Revista Brasileira Epidemiologia. Vol. 19. N.4, p. 866-877. 2016.

MELO, Luciana Lione; LIMA, Maria Alice Dias Silva. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 53. N.1. p.81-6. 2000.

MENEZES, Carolina Baptista; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. Psicologia em Estudo, v. 14, n. 3, p. 565-573, jul./set. 2009.

MENEZES, Carolina Baptista; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Os Efeitos da Meditação à Luz da Investigação Científica em Psicologia: Revisão de Literatura. Psicologia Ciência e Profissão. Vol. 29, n.2. p. 276-289. 2009.

MIDDELTON-MOZ, Jane; ZAWADSKI, Mary. *Bullying – Estratégias de sobrevivência para crianças e adultos* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. 1º edição. 2007.

MARK, Jennett; RIVERS, Ian; BRITAIN, Great. Stand up for us, challenging homophobia in schools. UK: Department of Health, 2004.

MORENO, Emilly Anne Cardoso; SILVA, Amanda Pereira, FERREIRA Galdênciá Amaro; SILVA, Felicia Pereira; FRAZÃO, Iracema Silva; CALVACANTI, Ana Márcia. Perfil epidemiológico de adolescentes vítimas de *bullying* em escolas públicas e privadas. Revista de Enfermagem. UERJ. Vol 20. N. 2. 808-13. 2012.

MOURA, Danilo Rolim; CRUZ, Ana Catarina Nova; QUEVEDO, Luciana de Ávila. Prevalência e características de escolares vítimas de *bullying*. Journal de Pediatria. Vol. 87. N.1. p.19-23. 2011.

MOREIRA Thereza Maria Magalhães; VIANA, Danielle Souza; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Revista da Escola de Enfermagem USP. Vol. 42. N.2. p.312-20. 2008.

MURPHY, M; DONOVAN, S; TAYLOR, E. The physical and psychological effects of meditation: A review of contemporary research. Institute of Noetic Sciences. 1997.

NETO, Aramis Lopes. *Bullying*. Comportamento agressivo entre estudantes. Jornal de Pediatria. (Rio J). Vol. 81 Suppl 5: S164-72. 2005.

NOGUCHI, Milica Satake. Meditação, Saúde Coletiva e Fonoaudiologia: um diálogo em construção. Distúrbios Comun. São Paulo. Vol.27. n.3. p.642-653. 2015.

OHCHR. Discriminatory Laws and Practices and Acts of Violence against Individuals Based on their Sexual Orientation and Gender Identity. 2011.

OLDS, Sally. PAPANIA, Diana. *Desenvolvimento Humano*. (12ªed). Porto Alegre: Artmed. 2013.

OLIVEIRA, Paula Approbato de; SCIVOLETTO, Sandra; CUNHA, Paulo Jannuzzi. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Revista Psiquiatria Clínica*. Vol. 37. N.n. 6. 260-9. 2010.

OLIVEIRA-MONTEIRO NR, AZNAR-FARIAS M, NAVA CA, NASCIMENTO JOG, MONTESANO FT, SPADARI-BRATFISCH RC. Estresse, competência e problemas psicológicos de adolescentes estudantes. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.37, n. 1, p. 23-29, Jan/Abr 2012.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de; SILVA, Marta Angélica Iossi; SILVA, Jorge Luiz da; MELLO, Flávia Carvalho Malta de; PRADO, Rogério Ruscitto do; MALTA, Deborah Carvalho. Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. *Jornal de Pediatria*. Vol. 92, n. 1, p. 32-39. 2016.

OLWEUS, Dan. Bully/victim problems among school children: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. p.411-448. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1991.

OLWEUS, Dan. *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers. 1993.

ORPINAS, Pamela; HORNE, Arthur. Bullies and victims: a challenge for schools. In J. R. Lutzker (Ed.), *Preventing violence: research and evidence-based intervention strategies*. Washington: American Psychological Association. p. 147-165. 2006.

ORPINAS, Pamela. La prevención de la violencia escolar: de la teoría a la práctica (pp. 36-57). In C. Berger, & C. Lisboa (Orgs.). *Violencia escolar: estudios y posibilidades de intervención em Latinoamérica*. Santiago, Editorial Universitária. 2009.

OSHO. *Meditações para o dia*. Editora Verus. 1º Edição. 2006.

PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos; FREITAS, Consuelo Helena Aires de; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; AGUIA, Clayre Anne de Araújo. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. REME 16(2): 289-295. 2012.

PEREIRA RDM, SILVA WWO da, RAMOS JC et al. Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(2):710-7, fev., 2014.

PIMENTA, Neuza Santos. *Bullying em jovens LGBT*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. 2013.

PINTO, Raquel Gomes; BRANCO, Angela Uchoa. O *bullying* na perspectiva sociocultural construtivista. *Revista Teoria e Prática da Educação*. 14(3): 87-95. 2011.

POLETTO M, KOLLER SH, DELL'AGLIO DD. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):455-66.

POTTER PA, PERRY AG. Fundamentos de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier. 2011.

POZZEBON, Daniella. Dor e disfunção crâniocervicomandibular, ansiedade e depressão em profissionais de Enfermagem sob estresse no trabalho. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em distúrbios da comunicação humana, RS, 2015.

PRADO, Marco Aurélio; RODRIGUES, S; MACHADO, Frederico Viana. Participação, política e homossexualidade: 8ª Parada LGBT de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. 2006.

PRUDENTE, Bruno. História da meditação: das tradições do antigo oriente à ciência do século XXI. Revista Scientiarum História VII. 2014.

REISNER, Sari; BIELLO, Katie; ROSENBERGER, Joshua; BRYN, Austin; HANEUSE, Sebastien; PEREZ-BRUMER, Amaya; NOVAK, David; MIMIAGA, Matthew. Using a two-step method to measure transgender identity in Latin America/the Caribbean, Portugal, and Spain. Arch Sex Behav. Vol.43. n.8. P.1503-1514. 2014.

REMPEL, Kim. Mindfulness for Children and Youth: A Review of the Literature with an Argument for School-Based. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, v. 46, n. 3, pp. 201–220. 2012.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In: MAIA, A. C. B.; MAIA, A. F. (Org.). Sexualidade e educação infantil. Cadernos CECEMCA. Brasília: Ministério da Educação. Bauru: Universidade Estadual Paulista, 2005. p.16-33.

ROGES, Andréa Loureiro. Produção radiofônica a luz da teoria do cuidado cultural de Leininger. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

RONDINI, Carina Alexandra; FILHO, Fernando Silva Teixeira; TOLEDO, Livia Gonsalves. Concepções homofóbicas de estudantes do ensino médio. Psicologia USP I volume 28 I número 1 I 57-71. 2017.

RODRIGUES, Bárbara Luana Silva Práticas Meditativas: contribuição à aprendizagem/ Rodrigues, Bárbara Luana Silva. Belo Horizonte. Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Neurociências e suas Interfaces. 2014.

ROGERS, Martha. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, F A. Davis, 1970.

ROGERS, Martha. Space-age paradigm for new frontiers in nursing. In M.E. Parker (Ed) Nursing theories in practice. P.105-113. New York: National League for Nursing. 1990.

ROGERS; Martha. Nursing - a science of unitary man. In: RIEHL, J.P. ROY, C. Conceptual models for nursing practice. New York: Appleton, Century Crofts, p.329-37. 1980.

ROGERS; Martha. Science of unitary human beings. In: MALINSKI, V.M. Exploration of Martha Rogers, science of unitary beings. Norwalk: ACC Appleton, Century Crofts. p.3-8. 1986. p.3-8.

ROGERS, Martha. Nursing - a science of unitary human beings. In: RIEHL, J.P. Conceptual models for nursing practice. Norwalk: Appleton, lance. p.181-88. 1989.

ROLIM, Marcos. Bullying: O pesadelo da escola, um estudo de caso e notas sobre o que fazer. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2008.

ROSSI AM, QUICK JC, PERREWÉ PL. Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo. São Paulo: Atlas. p. 163-86. 2009.

SÁ, Ana Cristina de. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da Enfermagem. Rev. Escola de Enfermagem – USP. V. 28, n.2, p. 171-6, ago. 1994.

SAITO, Maria Ignez; LEAL, Marta Miranda. Educação sexual na escola. São Paulo: 2000.

SAMPAIO, Cynthia. A prática da meditação como instrumento de autorregulação do organismo. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVIII. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano. 2013.

SAMPAIO, Julliane Messias Cordeiro; SANTOS, Gabriela Valente; OLIVEIRA, Wanderlei Abadio; SILVA, Jorge Luiz; MEDEIROS, Marcelo; SILVA, Marta Angélica Iossi. Prevalência de *bullying* e emoções de estudantes envolvidos. Revista Texto Contexto Enfermagem. 24(2): 344-52. 2015.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. Metodologia da pesquisa. 5 ed. Porto Alegre: Penso. 2013.

SANTOS HM; MARQUES, SS; MENEZES, I. Para uma visão complexa do bullying homofóbico: desocultando o cotidiano da homofobia nas escolas. Ex æquo, n.º 36, pp. 117-132. 2017.

SBISSA, Antônio Silveira; SBISSA, Pedro Paulo Mendes; SCOPEL, Evania; TEIXEIRA, Luciano; TAKASE, Emílio; CRUZ, Roberto Moraes. Meditação e hipertensão arterial: uma análise da literatura. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, n. 3. 2009.

SCHERMANN, Lígia Braun; BÉRIA, Jorge Umberto; JACOB, Maria Helena Vianna Metello; AROSSI, Guilherme; BENCHAYA, Mariana Canellas; BISCH, Nádia Krubskaya; RIETH, Sofia. Estresse em adolescentes: estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. Aletheia 43-44, p.160-173, jan./ago. 2014.

SELYE, Hans. Stress: a tensão da vida. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SENNA, Sylvia Regina Carmo Magalhães; DESSEN, Maria Auxiliadora. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. *Psicologia: Revista Teoria e Pesquisa*, vol. 28, n. 1, p. 101-108. 2012.

SHAPIRO, S; SCHWARTZ, G; SANTERRE, C. Meditation and positive psychology. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford USA Trade. 2005.

SHEAR, Jonathan. Introduction. In J. The experience of meditation: Experts introduce the major traditions, p. 13-22. St. Paul, MN: Paragon House, 2006.

SIEGEL P, BARROS NF de. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. Ver enferm UFPE on line. Recife, 7(esp):7262-4, dez., 2013.

SILVA, Alcione Leite. Modelo Homeodinâmico: uma abordagem para o processo de cuidar em enfermagem. *Revista. Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.14, n.1, p.25-33, jan. 1993.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Bullying. Mentos Perigosas Na Escola*. São Paulo. Editora Globo. 2º edição. 2015.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentos perigosas: O psicopata mora ao lado*. Rio de Janeiro: Objetiva. 2008.

SILVA, Lara Adrienne Garcia Paiano da. Utilização da música no cuidado a crianças e adolescentes com câncer: estudo de casos múltiplos. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2016.

SILVA, Bruno Rafael Vieira Souza. Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, n.9. P.2909-2916. 2018

SILVA, Celeste Moura Lins. *Bullying e depressão no contexto escolar: um estudo psicossociológico*. João Pessoa. 162f. Dissertação (Mestrado) – UFPB – CCHLA. 2010.

SILVA, Rangel; MOREIRA, Christoffel; CASTRO, Jerônimo. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. *Revista Enfermería Global* Nº 10. Mayo 2007.

SILVA AP, FERREIRA GA, SILVA FP, FRAZÃO IS, CAVALCANTI AM. Perfil epidemiológico de adolescentes vítimas de bullying em escolas públicas e privadas. *Rev Enferm UERJ*. 20(2): 808-13. 2012.

SILVA, Lara Adrienne Garcia Paiano da; MERCÊS, Nen Nalú Alves das. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira Enfermagem*. Vol. 71. n.3. 1263-7. 2018.

SIMÕES, Roberto Serafim; DANUCALOV, Marcello Arias Dias. *Neurofisiologia da meditação*. 1a. reimpressão. São Paulo: Phorte editora. 2009.

SMITH, Peter. School Bullying. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 71:81-98. 2013.

SOUSA, Galdino Rodrigues de; DEVIDE, Fabiano Pries; ANDRADE, Talita de Resende; RIZZUTI, Elaine Valéria. A homofobia como uma das faces do bullying: análise em periódicos científicos da Educação Física Motrivivência, Florianópolis/SC, v. 30, n. 54, p. 245-262, julho/2018.

SOUZA, Thiago Henrique Almeida. Efeito da meditação natural stress relief na ansiedade de estudantes universitários com transtorno de ansiedade social: ensaio clínico randomizado e controlado / Dissertação. – Aracaju, UFS. 2017.

SPRINTHALL, Norman; COLLINS, Andrews. Psicologia do Adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Gulbenkian. 2003.

STEVENS, P. What is meditation? Journal of Yoga - Ontogenetic and Therapeutic Investigation, v. 02, p. 16-18, sept. 2010.

SAWAYA, Sandra Maria. Novas perspectivas sobre o sucesso e o fracasso escolar. In Oliveira, M. K, Sousa, D. T. R., & Rego, T. C. (Org.). Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea. São Paulo: Editora Moderna. pp. 197-213. 2002.

TAYLOR C, LILLIS C, LEMONE P. Fundamentos de Enfermagem: A Arte e A Ciência do Cuidado de Enfermagem - 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.

TEASDALE John. D. Manual prático de mindfulness: um programa de oito semanas para libertar você da depressão, da ansiedade e do estresse emocional. São Paulo: Editora Pensamento. 2016.

TEBBE, Elliot; MORADI, Bonnie; EGE Engin. Revised and abbreviated forms of the genderism and transphobia scale: tools for assessing anti-trans prejudice. Journal of Counseling Psychology. Vol. 61. N.4. p.581-592. 2014.

THIAGO, Sônia Castro; TESSER, Charles Dalcanale. Terapias complementares: percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Terapias Complementares. Revista de Saúde Pública .vol. 45(2): 249-57. 2011.

TORRES, Marcos Antônio. A diversidade sexual na educação e os direitos de cidadania LGBT na Escola. Editora: Autêntica, 2017.

TRABBOLD, Vera Lucia Mendes; CALEIRO, Regina Célia Lima, CUNHA, Cristiane de Freitas; GUERRA, Andréa Máris Campo. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. Revista Psicologia e Sociedade. Vol. 28(1), p. 74-83, 2016.

TRAUTMANN, Alberto. Maltrato entre pares o “bullying”. Una vision actual. Revista Chilena de Pediatría, vol 79, p.13-20. 2008.

TRAVIS, Fred; SHEAR, Jonathan. Focused attention, open monitoring and automatic selftranscending: Categories to organize meditations from Vedic, Buddhist and Chinese traditions. Conscious and Cognition, v. 19, n. 4, p. 1110-8, 2010.

TRICOLI, Valquíria Aparecida Cintra; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. ESA. A Escala de Stress para Adolescentes. 1ª Edição. Casa do psicólogo. 2006.

TRIGO, Miguel; CANUDO, Noélia; BRANCO, Fernando; SILVA, Danilo. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, *Revista Psychologica*, vol.53. p. 353-378. 2010.

TSUCHIYA, Kátia Kaori, NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira. Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UNISA*. Vol. 3: 37-42. 2002.

ULRICH-LAI Yvonne; HERMAN James. Neural regulation of endocrine and autonomic stress response. *Nature Reviews – Neuroscience*, vol. 10, p. 307-409. 2009.

UNESCO, *Homophobia in schools*. Brasília: 2009.

UNESCO. Boas políticas e práticas em educação em saúde e HIV. Resposta do Setor de Educação ao bullying homofóbico. – Brasília: 2013. Caderno 8. 60 p.

UNICEF. The United Nations Children’s Fund. *The State of the World’s Children*. Nova York (EUA), 2005.

UNICEF. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF: UNICEF, 2011.

WALSH, Roger; SHAPIRO, Shauna. The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61(3), 227-239. 2006.

WEINBERGER, Morris; HINER, Sharon, TIERNEY, William. In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol.10. p.19-31. 1987.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. In: *Estudos Feministas* 9, p. 460-482, 2001.

WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque; D’AFFONSECA, Sabrina Mazo; CORREIA, Tatiane Alves; ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, vol. 4, n. 2, p. 187-199. 2011.

WILLIAMS Mark, PENMAN Danny. *Atenção Plena. Mindfulness*. Rio de Janeiro. Editora Sextante. 2015.

WHO. World Health Organization *Young People’s Health – a Challenge for Society*. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. *Technical Report Series 731*. Geneva; 1986.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman. 2015.

ZEQUINÃO, Marcela Almeida; CARDOSO, Allana Alexandre; SILVA, Jorge Luiz da; MEDEIROS, Pâmella de; SILVA, Marta Angélica Lossi; PEREIRA, Beatriz; CARDOSO, Fernando Luiz. Academic performance and bullying in socially vulnerable students. *J Hum Growth Dev*. Vol. 27, n.1, p. 19-27. 2017.

ZIMPEL, Rogério. Aprendendo a lidar com o estresse. São Leopoldo: Sinodai, 2005.

ZUARDI, Antonio Waldo. Fisiologia do estresse e sua influência na saúde. 2014.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOBRE *BULLYING* (ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE *BULLYING* DA AUTORA NEUZA PIMENTA)

O presente questionário tem como objetivo recolher informação sobre o *bullying*. Trata-se de um questionário anônimo e confidencial, apenas para fins acadêmicos. Será de grande importância sua participação e preenchimento.

ETAPA 1 - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

1. Sua idade _____

2. Gênero

Masculino ()

Feminino ()

3. Bairro em que reside _____

4. Familiares com quem reside: _____

5. Série: _____

6. frequênta a escola regularmente: Sim () não () as vezes ()

7. Você exerce alguma atividade remunerada? Sim () não (). Qual: _____

8. Você já reprovou alguma vez? Sim () não () Qual a série: _____

9. Qual a escolaridade de seus pais ou responsáveis:

	MÃE	PAI
Não sabe ler ou escrever		
Fundamental incompleto		
Fundamental completo		
Médio incompleto		
Médio completo		
Ensino universitário		

ETAPA II – CARATERIZAÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS COM A SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL

1. Como você define sua orientação sexual

Heterossexual ()

Homossexual (Gay/Lésbica) ()

Bissexual ()

Transsexual ()

Assexual ()

Não sei responder ()

2. Quem sabe da sua orientação sexual?

	N se aplica	N sabe	Sabem ou desconfiam, mas nunca conversaram comigo sobre o tema.	Sabem e já conversamos sobre o tema.
Mãe				
Pai				
Irmãos				
Familiares				
Amigos próximos				
Amigos em geral				
Comunidade em geral (vizinhos, conhecidos...)				

Adaptado de: Questionário de Avaliação da Revelação da Orientação Sexual (Costa, Pereira & Leal, 2012, cit. por Rita, 2012).

3. Considerando as respostas da pergunta 2, como você percebe a aceitação da sua orientação sexual?

	N se aplica	Não aceitam	Têm dificuldade em aceitar e lidar com a situação.	Inicialmente tiveram alguma dificuldade, mas atualmente aceitam.	Aceitam bem
Mãe					
Pai					
Irmãos					
Familiares					
Amigos próximos					
Amigos em geral					
Comunidade em geral (vizinhos, conhecidos...)					

Adaptado de: Questionário de Avaliação da Revelação da Orientação Sexual (Costa, Pereira & Leal, 2012, cit. por Rita, 2012).

ETAPA III – EXPERIÊNCIAS DE BULLYING

1. Como é a sua relação com o grupo de colegas de escola?

Muito ruim	Ruim	Razoável	Boa	Excelente

2. Em alguma ocasião se sentiu discriminado (a) no espaço escolar em função da sua orientação sexual?

Sim ()

Não ()

3. Qual o tipo e frequência de *bullying* /agressão de que já foi ou é vítima?

Tipos de agressão	Nunca	Raramente	Pouco Frequente	Frequente	Muito frequente
1. Física (bater...)					
2. Verbal (insultar, insinuar, comentários homofóbicos, racistas...)					
3. Relacional (excluir, ameaçar, difamar, humilhar)					
4. <i>Cyberbullying</i> (ações executadas com o auxílio de tecnologias, internet, facebook, Celulares, whatsapp...)					

4. Indique quais os locais onde você foi vítima de *bullying* e respectiva frequência.

	Nunca	Raramente	Pouco Frequente	Frequente	Muito frequente
1. Sala de aula					
2. Espaço do recreio					
3. Corredores da escola					
4. Ginásio e área de prática desportiva da escola					
5. Cantina/refeitório					
6. Sanitários					
7. No caminho escola/casa ou casa/escola					
8. Transporte escolar					
9. Fora da escola					
Outros, quais? _____					

5. Quem foram os principais responsáveis pelas agressões e com que frequência?

		Nunca	Raramente	Pouco Frequente	Frequente	Muito frequente
1. Colegas de sua turma						
2. Amigos próximos						
3. Colegas da escola						
4. Desconhecidos						
Outros, quem? _____						

6. As pessoas responsáveis pelas agressões foram na sua maioria:

Pessoas do Gênero Feminino ()

Pessoas do Gênero Masculino ()

7. Das vezes que foi vítima de *bullying* denunciou a(s) pessoa(s) que o agrediram?

Denunciei ()

Não denunciei () (Passe para a questão 11)

8. Se respondeu afirmativamente, a quem fez a denúncia e com que frequência?

		Nunca	Raramente	Pouco Frequente	Frequente	Muito frequente
1. Pais						
2. Direção escolar/professores						
3. Familiares						
4. Amigos próximos						
5. Grupos de apoio						
Outros, quem? _____						

9. Se denunciou a direção escolar ou aos professores, qual foi a natureza das respostas da escola?

	Nunca	Algumas Vezes	Normalmente	A maior parte das vezes	Sempre
1. Não compreenderam a dimensão da situação.					
2. Compreenderam, mas não foi feita qualquer ação.					
3. Não aconteceu nada ao(s) agressor(es).					
4. O(s) agressor (es) foram punidos.					
5. Foi elaborado um relatório do ocorrido.					
Outros, quais? _____					

Adaptado de: The 2011 National School Climate Survey (Kosciw, Greytak, Bartkiewicz, Boesen & Palmer, 2012).

10. Após a denúncia dos incidentes de *bullying*:

Pararam as agressões ()

Aumentaram as agressões ()

Surgiram novas agressões ()

Surgiram novos agressores ()

Outra, qual? _____

1. Quais os motivos que o/a levaram a não denunciar? (apenas responda a esta pergunta se não denunciou).

	Não se Aplica	Aplica-se Raramente	Aplica-se às vezes	Aplica-se Muito	Aplica-se Sempre
1. Questões de confidencialidade					
2. Medo de represálias por parte do agressor (es)					
3. Não quero que tenham pena de mim					
4. Não quero que pensem que não me sei defender					
5. Medo de ser julgado e tratado de forma diferente					
6. Acho que não foi suficientemente grave					
7. Medo que não compreendam o problema					
8. Não vale a pena, pois sei que não vão fazer nada					
Outro, qual? _____					

Adaptado de: The 2011 National School Climate Survey (Kosciw, et al., 2012).

12. No seu entender, em que medida as expressões de *bullying* que sofreu tiveram como base a sua orientação sexual.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

SE A SUA RESPOSTA FOI “NUNCA”, O QUESTIONÁRIO **TERMINA** NESTE MOMENTO. SE VOCÊ RESPONDEU AS OUTRAS ALTERNATIVAS, CONTINUE A RESPONDER O QUESTIONÁRIO.

GRUPO IV – IMPACTO DO *BULLYING* HOMOFÓBICO

1. Que impacto que o *bullying* homofóbico tem sobre você e sobre a sua forma de viver diariamente?

	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Frequente	Com muita Frequência
1. Sinto-me rejeitado e deixado de lado pelos colegas e amigos					
2. Tenho pensamentos destrutivos (tentativas de suicídio, ideias de suicídio, automutilação...)					
3. Tenho dificuldade em fazer e manter amizades					
4. Sinto-me incapaz de ter relacionamentos sérios					
5. Tenho medo perante novas situações					
6. Sinto-me excluído devido à minha orientação sexual					
7. Consumo álcool ou drogas para ajudar-me a enfrentar os problemas					
8. Sinto-me num estado de ansiedade permanente					
9. Isolo-me e vivo num mundo só meu					
10. Sou uma pessoa muito nervosa e estressada no meu dia a dia					
Outro, qual? _____					

2. Quais as estratégias que eu utilizo para lidar, ou até mesmo evitar o sofrimento deste *bullying*? E qual a frequência que eu utilizo?

	Nunca Utilizo	Utilizo raramente	Utilizo pouco	Utilizo	Utilizo frequente
1. Ocultação da minha orientação sexual					
2. Evito determinadas pessoas e locais					
3. Recorro à violência					
4. Conformo-me com a situação e não faço nada					
5. Procuro conversar com um amigo					
6. Procuro o apoio da família					
7. Procuro ajuda com um professor					
8. Procuro ajuda de um profissional de saúde					
9. Faço o uso de bebidas alcoólicas					
10. Faço o uso de drogas					
11. Isolo-me em casa					
Outro, qual? _____ _____					

3. Para reduzir ou acabar com o *bullying* relacionado com a orientação sexual no espaço escolar, que sugestões vocês poderia registrar como contribuição?

Muito Obrigado pela sua colaboração.



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)
UTILIZAR LETRA DE FORMA NO PREENCHIMENTO

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa: **Intervenção de enfermagem com a meditação para adolescentes com estresse diante o bullying, à luz de Martha Rogers**. Este estudo é da responsabilidade da pesquisadora Andréa Loureiro Roges. Informo alguns dados importantes: Endereço para contato: Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Caso prefira entrar em contato através do telefone (via Whatsapp), segue o meu número: (81) 991689374. Além do contato telefônico, poderemos nos comunicar por email: deiaroges@hotmail.com, a resposta será enviada em até 48 horas. O estudo está sob a orientação dos professores: Ednaldo Cavalcante de Araújo e Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Para contato com os professores poderá ser utilizado o telefone: (81) 21268566. E respectivos e-mails: emr.vasconcelos@gmail.com, e reuol.ufpe@gmail.com. Caso este documento contenha alguma informação que você não conseguiu entender as dúvidas podem ser tiradas com a pesquisadora responsável no momento do preenchimento e apenas registre sua autorização quando todos os esclarecimentos forem dados. Caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que você assine ao final deste documento. Uma via lhe será entregue para seu arquivamento e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá nenhuma penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o (a) seu filho (a) que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr.(a) retirar o consentimento a qualquer momento, sem que haja nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o efeito do uso da Meditação diante o estresse apresentado por adolescentes diante o bullying. Será ofertada para alunos adolescentes (13 – 17 anos). Esta pesquisa será realizada durante o do ano letivo de 2017/2018. No início, será aplicado um questionário para avaliar se o estudante já vivenciou alguma experiência voltada ao bullying. Posteriormente, os adolescentes participantes que registrarem vivências relacionadas ao bullying serão convidados a preencherem a escala de estresse percebido (PSS), onde registrarão sentimentos e sensações relacionadas ao estresse. Estes estudantes serão acompanhados por um período de 120 dias a partir do uso da meditação realizada em oito encontros. Durante as práticas meditativas semanais, os adolescentes participantes, serão convidados para o registro de seus sinais vitais (frequência dos batimentos cardíacos, frequência respiratória e pressão arterial) os quais, serão verificados antes e após a prática da meditação. Após este período será solicitado aos estudantes que realizarem todas as práticas meditativas, preencham novamente a escala de estresse percebido (PSS) para mensurarmos as mudanças apresentadas. Existe a possibilidade de seu filho adolescente sob sua responsabilidade não participar dessas atividades, porém, todos os alunos que procurarem o pesquisador serão acolhidos em suas demandas relacionadas à pesquisa. Todos esses procedimentos serão realizados na escola, portanto, o adolescente não vai precisar se deslocar para outro local. Além disso, faremos em horário oportuno para não gerar prejuízo no comparecimento às aulas nem ao desempenho escolar.

Os riscos gerados pela participação na pesquisa são mínimos, visto que os adolescentes serão convidados e, terão todas as orientações que forem solicitadas para o preenchimento dos instrumentos ou questionários. A participação nas atividades não é obrigatória. Com relação aos benefícios diretos os adolescentes terão a oportunidade de reduzir os desconfortos causados pelo estresse com o uso da meditação, promover um espaço de cuidado integrativo no ambiente escolar, contribuir para a uma sensibilização sobre o bullying, além da troca de conhecimento entre os participantes e a pesquisadora durante toda a coleta de dados. Os benefícios gerados se referem também à contribuição científica para que outros adolescentes se beneficiem das mesmas estratégias.

É importante destacar que todas as informações colhidas nessa pesquisa são confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso a elas. Estas, só serão divulgadas em eventos ou atividades científicas não havendo identificação dos participantes. Os dados coletados nesta pesquisa (questionário e escala PSS) ficarão armazenados em pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, por período de mínimo 5 anos e, após esse período, serão deletados.

O senhor (a) não pagará nenhuma contribuição para que o adolescente de sua responsabilidade possa participar desta pesquisa, também não será realizado nenhum pagamento para a participação, pois trata-se de uma participação voluntária. Se houver alguma necessidade com despesas (deslocamento e alimentação) para a participação do adolescente, serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo: **Intervenção de enfermagem com a meditação para adolescentes com estresse diante o bullying, à luz de Martha Rogers**. Como voluntário (a), fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos

nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Recife, ____/____/____

Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar.

Registro de 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Impressão digital

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Adolescentes com 12 anos completos, maiores de 12 anos e menores de 18 anos)

UTILIZAR LETRA DE FORMA NO PREENCHIMENTO

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 12 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convido você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Intervenção de enfermagem com a meditação para adolescentes com estresse diante o bullying, à luz de Martha Rogers**. Esta pesquisa é da responsabilidade de Andréa Loureiro Roges. Estarei te repassando alguns dados que poderão te ajudar a me encontrar em caso de dúvidas. Endereço: Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Caso prefira entrar em contato através do telefone (via Whatsapp), segue o meu número: (81) 986370573. Outra forma de contato será através do email: dejaroges@hotmail.com, com retorno em até 48 horas. O estudo está sob a orientação dos professores: Ednaldo Cavalcante de Araújo e Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Para contato com os professores poderá ser utilizado o telefone: (81) 21268566. E respectivos e-mails: emr.vasconcelos@gmail.com, e reuol.ufpe@gmail.com. Caso este documento contenha alguma informação que não ficou muito clara, as dúvidas poderão ser esclarecidas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo. Solicito que rubrique todas as folhas apresentadas neste termo e assine ao final deste documento. Você ficará com uma via deste termo, a qual deverá ser entregue para que seus pais ou responsável para que possam guardá-la e a outra ficará sob os cuidados do pesquisador. Você poderá retirar suas dúvidas e estará livre para decidir se quer participar ou não. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o efeito do uso da Meditação diante o estresse apresentado por adolescentes do ensino médio diante o bullying. Será ofertada para os alunos adolescentes (13 – 17 anos). Esta pesquisa será realizada durante todo o ano letivo de 2017/2018. No início, será aplicado um questionário para avaliar se você já vivenciou alguma experiência voltada para o bullying. Será coletado também informações sobre questões socioeconômicas e vivências relacionadas ao bullying. Posteriormente, você poderá ser convidado a preencher a escala de estresse percebido (PSS), onde estará registrando seus sentimentos e sensações relacionadas ao estresse. Após a sua participação em etapa anterior, você será acompanhado por um período de 120 dias, durante oito encontros, a partir do uso da Meditação, com a realização de uma reavaliação e participação semanal. Durante as práticas meditativas semanais, você será convidado para o registro de seus sinais vitais (frequência dos batimentos cardíacos, frequência respiratória e pressão arterial) os quais, serão verificados antes e após a prática da meditação. Após o período de 20 dias, quando concluirmos os oito encontros, você será convidado novamente a preencher escala de estresse percebido (PSS) para mensurarmos as mudanças apresentadas nos dois momentos do preenchimento.

Todos esses procedimentos serão realizados na escola e você não vai precisar se deslocar. Além disso, faremos em horário oportuno para não gerar prejuízo no comparecimento às aulas nem no desempenho escolar.

Os riscos gerados pela participação na pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a algum desconforto no momento do preenchimento dos instrumentos utilizados. Nesta etapa, você será acolhido de maneira sigilosa e, poderá retirar todas as dúvidas surgidas. A participação nas atividades não é obrigatória, porém, seria muito importante sua participação. Com relação aos benefícios diretos, você poderá ter a oportunidade de reduzir os desconfortos causados pelo estresse com o uso da Meditação, além de trocar conhecimentos sobre o bullying com a pesquisadora em ambiente escolar durante toda a coleta de dados. Indiretamente, você também estará contribuindo para que outros adolescentes se beneficiem das mesmas estratégias, caso seja comprovado seu efeito positivo.

É importante destacar que todas as informações colhidas nessa pesquisa são confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso a elas. Estas, só serão divulgadas em eventos ou atividades científicas, não havendo identificação dos participantes. Os dados coletados nesta pesquisa (questionário e escala PSS) ficarão armazenados em pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, por período de mínimo 5 anos e, após esse período, serão deletados.

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para que você possa participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura da Pesquisadora

(Continua)

ASSENTIMENTO DO (DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMVOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____,

portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **Intervenção de enfermagem com a meditação para adolescentes com estresse diante o bullying, à luz de Martha Rogers**. Como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precisem pagar algum valor.

Recife, ____/____/____

Assinatura do (a) menor

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. Registro de 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO A - ESCALA DO STRESSE PERCEPCIONADO

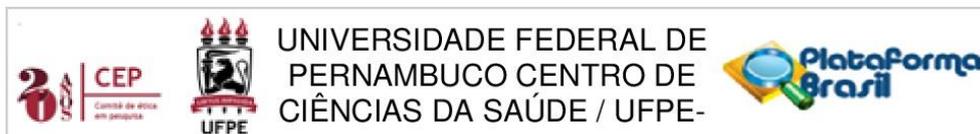
Perceived Stress Scale – PSS (10 item)
Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983)

Nome _____ Data _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controle?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controle?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
TOTAL	0	1	2	3	4

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A MEDITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM ESTRESSE DIANTE O BULLYING

Pesquisador: ANDRÉA LOUREIRO ROGES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67890317.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.104.669

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Andréa Loureiro Roges, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pelos professores Ednaldo Cavalcante de Araújo e Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Currículos anexados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: avaliar o efeito da meditação relacionada ao estresse vivenciado por adolescentes do ensino médio diante o bullying.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1) identificar a vivência dos adolescentes diante o bullying a partir da aplicação do questionário sócio-econômico sobre bullying; 2) avaliar o escore de estresse relacionado ao bullying em adolescentes, a partir da aplicação da escala de estresse percebido (PSS 10); 3) realizar a intervenção em saúde com o uso da meditação em adolescentes com acompanhamento consecutivo de quatro atendimentos no período de 90 dias com registros dos sinais vitais antes e após a técnica descrita; e, 4) comparar os efeitos do uso da meditação entre os participantes com a reaplicação do instrumento PSS 10.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A MEDITAÇÃO PARA ADOLESCENTES COM ESTRESSE DIANTE O BULLYING, À LUZ DE MARTHA ROGERS

Pesquisador: ANDRÉA LOUREIRO ROGES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67890317.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.443.582

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda para alteração do título da pesquisa .Projeto de pesquisa de Andréa Loureiro Roges, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pelos professores Ednaldo Cavalcante de Araújo e Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: avaliar o efeito da meditação relacionada ao estresse vivenciado por adolescentes do ensino médio diante o bullying.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1)identificar a vivência dos adolescentes diante o bullying a partir da aplicação do questionário sócio-econômico sobre bullying;

2) avaliar o escore de estresse relacionado ao bullying em adolescentes, a partir da aplicação da escala de estresse percebido (PSS 10);

3)realizar a intervenção em saúde com o uso da meditação em adolescentes com acompanhamento consecutivo de quatro atendimentos no período de 90 dias com registros dos sinais vitais antes e após a técnica adscrita; e,

4) comparar os efeitos do uso da meditação entre os participantes com a reaplicação do instrumento PSS 10.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.582

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: descritos no projeto e TALE e TCLE como desconforto no momento do preenchimento dos instrumentos utilizados, garantida minimização e possibilidade de não mais participar.

BENEFÍCIOS: reduzir os desconfortos causados pelo estresse apresentado pelos adolescentes participantes além de promover um espaço de cuidado integrativo no ambiente escolar. Como benefício indireto contribuir para a uma sensibilização sobre o bullying no espaço escolar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de abordagem quali-quantitativo, analítico, longitudinal, prospectivo, de intervenção, do tipo Estudo de casos múltiplos. Deve ser realizado na Escola José Manuel de Queiroz, localizada no bairro de Janga no município de Paulista- PE, Escola de Referência no ensino médio com horário de aulas semi-integral. população será censitária/aleatória, por conveniência. Sujeitos de pesquisa, alunos matriculados no ensino médio da referida escola, com idade até 19 anos, que desejem participar do estudo e preencham os critérios de inclusão (adolescentes regularmente matriculados na escola no ensino médio; presentes no momento da coleta; registro ter vivenciado alguma situação de bullying através do preenchimento do questionário adaptado sobre bullying; participante de todos os encontros de meditação).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

A Emenda foi analisada e está Aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_100355	08/07/2019		Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.582

Básicas do Projeto	_E1.pdf	09:52:41		Aceito
Outros	SOLICITACAO_DE_EMEN TA.docx	08/07/2019 09:50:56	ANDRÉA LOUREIRO ROGES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/07/2019 09:49:59	ANDRÉA LOUREIRO ROGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_DE_ANDREA_L OUREIRO_ROGES.doc	01/07/2019 20:14:29	ANDRÉA LOUREIRO ROGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.doc	02/05/2019 18:05:14	ANDRÉA LOUREIRO ROGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Julho de 2019

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br