

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA:
COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO**

Kênia Izabel David Silva de Resende

Avaliação da efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*

Belo Horizonte
2021

Kênia Izabel David Silva de Resende

Avaliação da efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção título de Doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Cognição e Comportamento

Linha de Pesquisa: Mensuração e Intervenção em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro

Coorientadora: Profa. Dra. Víviam Vargas de Barros

Belo Horizonte
2021

153.4 R433a 2021	<p>Resende, Kênia Izabel David Silva de.</p> <p>Avaliação da efetividade de um programa de qualidade de vida baseado em mindfulness [manuscrito] / Kênia Izabel David Silva de Resende. - 2021.</p> <p>174 f.</p> <p>Orientador: Maycoln Leoni Martins Teodoro. Coorientadora: Viviam Vargas de Barros.</p> <p>Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia – Teses. 2. Estudantes - Teses. 3. Qualidade de vida - Teses. I. Teodoro, Maycoln Leoni Martins . II. Barros, Viviam Vargas de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.</p>
------------------------	---



FOLHA DE APROVAÇÃO

Avaliação da efetividade de um Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness

KÊNIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, área de concentração PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, linha de pesquisa Mensuração e Intervenção em Psicologia.

Aprovada em 03 de setembro de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Maycoln Leoni Martins Teodoro - Orientador
UFMG

Prof(a). Viviam Vargas de Barros
Universidade Federal de São Paulo

Prof(a). Marcela Mansur Alves
UFMG

Prof(a). Mário César Rezende Andrade
Universidade Federal de São João del Rei

Prof(a). Janaína Bianca Barletta
Universidade de São Paulo

Prof(a). Marcele Regine de Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Belo Horizonte, 3 de setembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Escrever a seção de agradecimentos de uma tese de doutorado é um momento quase mágico. Acredito que esta percepção esteja ligada ao fato de que, ao pensar naqueles que contribuíram para a conclusão dessa jornada, um conjunto de memórias com as nuances emocionais das mais variadas visitam a mente. É como longa-metragem que se descortina diante de mim neste instante.

Uma tese de doutorado não começa com a aprovação no programa de pós-graduação ou no primeiro dia de aula. Tudo começa bem antes, exatamente naquele dia em que você decide trilhar esse caminho, que deseja alcançar a titulação de Doutora em Psicologia. A partir dessa deliberação começa a jornada. Quando penso em toda a trajetória, observo que várias pessoas foram imprescindíveis para a consolidação deste trabalho e merecem, portanto, minha mais cara gratidão.

Agradeço primeiramente a Deus, ao Autor da Vida, que colocou diante de mim oportunidades as quais eu soube aproveitar. Conhecer o campo de estudos das intervenções baseadas em mindfulness e escolhê-lo como objeto de estudo para uma tese de doutorado foi um divisor de águas, pois percebo o crescimento enquanto pesquisadora e também como ser humano. É impossível não ser tocado por tal tema que exige um preparo vivencial, pessoal, profissional e que o faz lembrar cotidianamente da coerência ética envolvida “*antes de um instrutor, um praticante*”. Agora entendo que todas as dificuldades do caminho foram também oportunidades para aprimorar habilidades e competências que estavam mais desenvolvidas no campo da cognição do que na via da experiência de fato. E que oportunidade!

E tudo isso não teria acontecido se eu não tivesse tido o contato com pessoas tão especiais e essenciais nesse processo. Agradeço ao Mário, colega desde os tempos de faculdade, que propiciou o meu primeiro contato com o mindfulness por meio de grandes professores no

curso organizado por ele no CESDE/BH e ainda me ajudou a encontrar outros mestres no Centro de Promoção de *Mindfulness* (CPM) onde fiz a minha formação de instrutora.

Agradeço aos 64 participantes desse estudo, alunos do UNILAVRAS, da Faculdade Pitágoras e de diferentes cursos de pós-graduação espalhados pelos quatro cantos do país, que permitiram que eu os acompanhasse numa jornada de autoconhecimento, partilhas, dificuldades e aprendizagens. As minhas amigas Karine e Nayara pelo suporte e incentivo constante durante todo o percurso, especialmente a Karine que foi meu braço-direito no estudo de viabilidade no UNILAVRAS auxiliando com as questões operacionais e sendo um apoio para os momentos de cansaço. Agradeço a Isabela e a Nathália pelo auxílio prestado na realização do estudo principal e, especialmente a Patrícia, um “*verdadeiro anjo caído do céu*”. Agradeço também a Priscilla pela colaboração e às professoras Marcela e Marcele pelas valiosas contribuições na ocasião do meu exame de qualificação.

Agradeço a minha mãe Guilhermínia, minhas irmãs Keila e Mariana e ao meu sobrinho Gustavo, que sempre souberam compreender as minhas ausências quando o trabalho se impunha como principal foco de atenção. Ao meu querido esposo Leandro, companheiro de todas as horas, que nunca mediu esforços para que o meu sonho fosse realizado. Ao Robson Cruz e ao Luis Augusto Malta que me ajudaram a resgatar as coordenadas da rota da vida quando as coisas saíram dos trilhos. As minhas amigas e companheiras de trabalho, Renata Moreira e Cynthia Melo, que vibram e incentivam esse trabalho trazendo sempre muita alegria e energia ao meu coração.

E por fim, mas não menos importante, agradeço ao meu orientador Prof. Maycoln, exemplo de ser humano e de profissional o qual tenho como exemplo. Sem o seu apoio e ajuda cuidadosa este trabalho não teria se concretizado. Agradeço também a minha coorientadora, Profa. Víviam, pela doçura, cuidado, competência com que tratou este trabalho, a minha formação como instrutora e por ter se tornado modelo para a academia e para a vida.

Você não pode parar as ondas, mas pode aprender a surfar.

You can't stop the waves, but you can learn to surf.

Jon Kabat-Zinn

...enfrentar s nossos problemas é comumente a única maneira de ultrapassá-los.

...facing our problems is usually the Only way to get past them.

Jon Kabat-Zinn

Não há que ser forte. Há que ser flexível.

Provérbio chinês

RESUMO

RESENDE, K. I. D. S. Avaliação da efetividade de um Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Os dados epidemiológicos apontam que os sintomas psiquiátricos em estudantes universitários de graduação e de pós-graduação apresentam índices mais expressivos em comparação aos pares de fora da universidade. Este fenômeno apresenta consequências graves visto que acomete pessoas jovens na sua fase de formação profissional podendo impactar negativamente o desenvolvimento de habilidades e competências essenciais para o desempenho das atividades estudantis, laborais e de pesquisa. A partir da década de 1970 o interesse pelas Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) cresceu vertiginosamente em função de uma série de estudos que apontaram desfechos positivos sobre condições médicas e psicológicas. Os resultados favoráveis contribuíram para que as IBM fossem aplicadas também em outros contextos como o ensino superior. A literatura brasileira, entretanto, apresenta um número reduzido de estudos que investigaram os efeitos das IBM no ambiente acadêmico. Considerando a carência de trabalhos sobre os efeitos das intervenções baseadas em *mindfulness* como recurso em saúde mental para estudantes universitários, foi elaborada a presente tese, dividida em três estudos distintos: Estudo 1 - Os efeitos das Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) na saúde mental de estudantes universitários: um estudo de revisão sistemática; Estudo 2 – Estudo de análise de viabilidade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* como intervenção em saúde mental para estudantes universitários e Estudo 3 – Avaliação da efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*. No Estudo 1 foi realizada uma revisão sistemática com buscas sistematizadas nas bases de dados Cochrane Library, PsycINFO, PubMed e Lilacs com descritores controlados e não controlados. Foram identificadas 1.548 publicações, mas somente 18 atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: delineamento ensaio clínico randomizado (ECR), população-alvo de estudantes universitários, intervenção baseada nos programas de *mindfulness* MBSR e/ou MBCT, ser realizada de forma presencial e com encontros semanais. Os resultados apontaram que as intervenções baseadas em *mindfulness* mostraram efeitos significativos ou moderadamente significativos em suas variáveis de análise (ansiedade, depressão, estresse, *mindfulness* e autocompaixão) mostrando-se como intervenções promissoras para intervenção e promoção da

saúde no meio acadêmico. No Estudo 2 foi avaliada a viabilidade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* para que o mesmo pudesse ser realizado futuramente em maiores proporções em instituições de ensino superior. Participaram 22 estudantes de Psicologia de dois centros universitários diferentes. Os resultados apontaram necessidades de adequações metodológicas e melhorias nas condições de realização do programa. Entretanto, a maior parte dos qualificadores de viabilidade analisados mostrou adequação para um estudo em maior escala, além de cogitar a intervenção como um recurso possível de ser empregado em universidades como recurso em saúde mental para os estudantes. O Estudo 3 investigou os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*, de oito semanas, em formato online, na qualidade de vida (WHOQOL), depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e *mindfulness* (FFMQ) em uma amostra de 42 alunos de pós-graduação *strictu sensu* distribuídos em dois grupos - intervenção isolada e intervenção combinada - ambos avaliados antes e após do programa. Ambos os grupos demonstraram mudanças estatisticamente significativas nas variáveis de interesse, porém o grupo de intervenção combinada apresentou melhora em todos os desfechos avaliados com tamanhos de efeito, em sua maioria, médio e alto. O conjunto dos estudos da presente tese aponta que as intervenções baseadas em *mindfulness*, presenciais e online, são factíveis em ambientes acadêmicos e podem se configurar como dispositivo para o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde mental nas universidades.

Palavras-chave: *mindfulness*; estudantes; qualidade de vida; depressão; ansiedade; estresse.

ABSTRACT

RESENDE, K.I.D.S. Evaluation of the effectiveness of a *Mindfulness*-Based Quality of Life Program. Thesis (Doctorate), Postgraduate Program in Psychology: Cognition and Behavior, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Epidemiological data indicate that psychiatric symptoms in undergraduate and graduate university students have more expressive rates compared to peers from outside the university. This phenomenon has serious consequences since it affects young people in their professional training phase, which can negatively impact the development of essential skills and competences for the performance of student, work and research activities. From the 1970s onwards, interest in *Mindfulness*-Based Interventions (IBM) grew dramatically as a result of a series of studies that pointed to positive outcomes on medical and psychological conditions. The favorable results contributed to the application of IBM in other contexts such as higher education. The Brazilian literature, however, presents a small number of studies that investigated the effects of IBM in the academic environment. Considering the lack of work on the effects of *mindfulness*-based interventions as a mental health resource for university students, this thesis was prepared, divided into three distinct studies: Study 1 - The effects of *Mindfulness*-Based Interventions (IBM) on mental health of university students: a systematic review study; Study 2 – Feasibility analysis study of the *Mindfulness*-based Quality of Life Program as a mental health intervention for university students and Study 3 – Evaluation of the effectiveness of a *Mindfulness*-based Quality of Life Program. In Study 1, a systematic review was carried out with systematic searches in the Cochrane Library, PsycINFO, PubMed and Lilacs databases with controlled and uncontrolled descriptors. A total of 1,548 publications were identified, but only 18 met the following eligibility criteria: randomized clinical trial (RCT) design, target population of university students, intervention based on the MBSR and/or MBCT *mindfulness* programs, to be carried out in person and with meetings weekly. The results showed that *mindfulness*-based interventions showed significant or moderately significant effects on their analysis variables (anxiety, depression, stress, *mindfulness* and self-compassion), showing themselves as promising interventions for intervention and promotion of health in academia. In Study 2, the feasibility of the *Mindfulness*-Based Quality of Life Program was evaluated so that it could be carried out in the future in greater proportions in

higher education institutions. Twenty-two Psychology students from two different university centers participated. The results indicated the need for methodological adjustments and improvements in the conditions for carrying out the program. However, most of the analyzed feasibility qualifiers proved feasible for a larger-scale study, in addition to considering the program as a possible resource to be used in universities as a mental health intervention for students. Study 3 investigated the effects of the eight-week online *Mindfulness*-Based Quality of Life Program on quality of life (WHOQOL), depression, anxiety and stress (DASS-21) and *mindfulness* (FFMQ) in a sample of 42 strictu sensu graduate students divided into two groups - isolated intervention and combined intervention - both evaluated before and after the program. Both groups showed statistically significant changes in the variables of interest, but the combined intervention group showed improvement in all outcomes evaluated with effect sizes mostly medium and high. The set of studies in this thesis points out that interventions based on online *mindfulness* are feasible in academic environments and can be configured as a resource for the treatment, prevention and promotion of mental health in universities.

Keywords: *mindfulness*; students; quality of life; depression; anxiety; stress.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Estudo 1

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos da revisão sistemática..... 39

Estudo 2

Quadro 1: Conteúdos e objetivos das sessões do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*..... 70

Estudo 3

Figura 1: Fluxograma dos participantes no estudo..... 96

Quadro 1: Conteúdos e objetivos das sessões do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*..... 100

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

Figura 1: Estratégia de busca das bases de dados.....	35
Tabela 2: Características dos estudos da revisão sistemática.	44
Tabela 3: Avaliação do risco de viés.	47

Estudo 2

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes do estudo de viabilidade.....	75
Tabela 2: Resultados da análise de viabilidade.....	76

Estudo 3

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes do estudo principal.....	103
Tabela 2: Atividades de pós-graduação e impactos da pandemia da COVID-19.....	104
Tabela 3: Percepção de saúde física e emocional dos pós-graduandos.....	104
Tabela 4: Normalidade dos dados do Grupo <i>Mindfulness</i> Intervenção Isolada.....	105
Tabela 5: Média da qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse e de <i>mindfulness</i> em T1 pré-teste e T2 pós-teste.....	107
Tabela 6: Efeito da participação nos encontros, da frequência semanal e minutos dedicados às práticas de <i>mindfulness</i>	110
Tabela 7: Normalidade dos dados do Grupo <i>Mindfulness</i> Intervenção Combinada.....	112
Tabela 8: Média da qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse e de <i>mindfulness</i> em T1 pré-teste e T2 pós-teste.....	116
Tabela 9: Efeito da participação nos encontros, da frequência semanal e minutos dedicados às práticas de <i>mindfulness</i>	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSI: Índice de Gravidade Global

CAAE: Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CPM: Centro Paulista de *Mindfulness*

DASS: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

ECR: Ensaio Clínico Randomizado

FFMQ: Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*

HSCL: Escala de Sintomas de Hopkins

IBM: Intervenções Baseadas em *Mindfulness*

MAAS: Escala de Consciência e Atenção *Mindfulness*

MBCT: *Mindfulness Based Cognitive-Therapy* (Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em *Mindfulness*)

MBI-TAC: Diretrizes de Boas Práticas para o Ensino de *Mindfulness*

MBPM: *Mindfulness Based Pain Management* (Gerenciamento da Dor Baseado em *Mindfulness*)

MBRP: *Mindfulness Based Relapse Prevention* (Prevenção de Recaída Baseada em *Mindfulness*)

MBSR: *Mindfulness Based Stress Reduction* (Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness*)

NHS: *National Health Services*

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*

OMS: Organização Mundial de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL: Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

WHOQOL-BREF: Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Breve

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Anexo 3: Questionário sociodemográfico, acadêmico e de elegibilidade.

Anexo 4: Diário de Práticas de *Mindfulness*.

Anexo 5: Questionário de avaliação da viabilidade da intervenção.

Anexo 6: Questionário de triagem e sociodemográfico.

Anexo 7: Questionário da mensuração da frequência nos encontros e práticas de *mindfulness*.

Anexo 8: Escala de Qualidade de Vida WHOQOL.

Anexo 5: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).

Anexo 9: Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ).

SUMÁRIO

1 Apresentação.....	14
2 Introdução.....	15
2.1 A saúde mental de estudantes de graduação e de pós-graduação.....	15
2.2 As Intervenções Baseadas em <i>Mindfulness</i> (IBM).....	18
2.3 Saúde mental e intervenções online	20
2.4 Justificativas para o presente estudo.....	21
3 Introdução Teórica.....	23
3.1 Conceitualização de mindfulness	23
3.2 Intervenções baseadas em mindfulness	26
3.3 Mindfulness e qualidade de vida	29
4 Objetivos e hipótese de pesquisa	33
4.1 Objetivos do estudo de revisão sistemática	33
4.2 Objetivos do estudo de análise de viabilidade.....	33
4.3 Objetivos do estudo principal.....	33
4.4 Hipótese de pesquisa	34
5 ESTUDO 1 - Os efeitos das intervenções baseadas em mindfulness na saúde mental de estudantes universitários: um estudo de revisão sistemática	35
5.1 Introdução.....	36
5.2 Método.....	39
5.3 Resultados	43
5.4 Discussão.....	52
5.5 Conclusão	60
5.6 Referências	61
6 ESTUDO 2 - Estudo de análise de viabilidade do programa de qualidade de vida baseado em mindfulness para estudantes universitários.....	68
6.1 Introdução.....	69
6.2 Material e Método	73
6.3 Descrição do local do estudo e dos participantes	74
6.4 Intervenção	74
6.6 Procedimentos	78
6.7 Método de Análise de Dados.....	79
6.8 Resultados	79
6.9 Discussão.....	82
6.10 Conclusão	87
6.11 Referências	88
7 ESTUDO 3 – Avaliação da efetividade do programa de qualidade de vida baseado em mindfulness	94
7.1 Introdução.....	95
7.2 Método.....	100
7.3 Instrumentos	101
7.4 Procedimentos de Coleta de dados	103
7.5 Considerações Éticas	104
7.6 Intervenção	104
7.7 Análise de Dados.....	107

7.8 Resultados.....	107
7.9 Discussão.....	123
7.10 Referências	128
8. Considerações Finais.....	135
9. Referências	138
10. Anexos	145

1 Apresentação

O presente trabalho se constitui em uma tese de doutorado cujo objetivo principal é avaliar a efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* na qualidade de vida de pós-graduandos e em outras variáveis de interesse. Para atingir esse propósito, a pesquisa foi dividida em três estudos diferentes: o Estudo de Revisão Sistemática, o Estudo de Análise de Viabilidade e o Estudo Principal. A finalidade do Estudo de Revisão Sistemática foi avaliar a literatura da área a fim de localizar, analisar, sumarizar, comparar e discutir os resultados dos estudos que empregaram as intervenções baseadas em *mindfulness* na população de estudantes para fins de melhoria da saúde mental. Tal empreendimento permitiu obter conhecimentos acerca da produção científica nesse campo, como por exemplo, a direção das evidências, as potencialidades dos estudos, as suas contribuições e as principais limitações, possibilitando apontar com objetividade a colaboração desta tese para este domínio do conhecimento. O objetivo do Estudo de Análise de Viabilidade foi verificar a factibilidade dessas intervenções em ambientes universitários e a possibilidade de replicação em estudos de larga escala. Finalmente, o Estudo Principal investigou a efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* Online na qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse e *mindfulness* em uma amostra de estudantes de pós-graduação de diferentes instituições do país. Além disso, tal estudo investigou a influência da frequência nos encontros do programa, a frequência das práticas meditativas e o tempo de duração das mesmas nas variáveis de desfecho.

2 Introdução

2.1 A saúde mental de estudantes de graduação e de pós-graduação

Os dados epidemiológicos relativos à prevalência dos transtornos psiquiátricos no contexto acadêmico apontaram que os estudantes de graduação e de pós-graduação *strictu sensu* apresentaram níveis sintomáticos mais pronunciados quando comparados à população geral (Ansolin, Rocha, Santos, & Dal Pozzo, 2015; Lima, Domingues, & Cerqueira, 2006). Um estudo de revisão sistemática canadense reuniu 40 artigos sobre a saúde mental de estudantes de medicina e verificou que, em todas as publicações, foram constatados sintomas depressivos, ansiosos e de estresse nas amostras (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006). No contexto nacional, estudos prévios encontraram taxas de prevalência de depressão e/ou ansiedade variando de 37% a 44% dentre os acadêmicos frequentes (Gomes, Junior, Cardoso, & da Silva; 2020; Ariño & Bardagi, 2018). Esses estudos foram realizados com universitários de diferentes cursos de graduação, de instituições de ensino superior públicas e privadas, em diferentes localidades do país e empregaram instrumentos de medida diferenciados. Apesar dessas diferenças, a maioria dos trabalhos encontrou taxas de prevalência de ansiedade e de depressão iguais ou superiores às taxas encontradas na população estimadas, em geral, no intervalo de 28 a 50% (Lucchese, Sousa, Bonfin, Vera, & Santana, 2014).

No que se refere aos pós-graduandos a situação não é diferente. Um estudo de revisão relatou que os sintomas depressivos e ansiosos são comuns entre os alunos de doutorado em um nível mais acentuado que no conjunto de pessoas da população. Além disso, pelo menos seis estudos do referido trabalho, apontaram a prevalência de ideação suicida entre os pesquisadores jovens (Satinsky et al., 2021). No Brasil, pesquisas com alunos de pós-graduação indicaram que a grande maioria dos respondentes relatou sofrer com a ansiedade (74%), com a

insônia (31%), ao passo que 25% e 24% dos participantes afirmaram padecer com sintomas de depressão e com crises nervosas, respectivamente (Costa & Nebel, 2018).

A graduação e a pós-graduação são formações acadêmicas distintas, que ocorrem em fases da vida diferentes para a maioria das pessoas e apresentam demandas diferenciadas. Entretanto, ambas podem configurar em gatilhos para a abertura de quadros clínicos do campo da saúde mental, especialmente para aqueles em estado de vulnerabilidade psicológica (Taniya, & Kumar, 2015; Santos, Perrone, & Dias, 2015).

O trabalho de Oliveira, Dias e Piccoloto (2014) com 504 estudantes universitários de duas universidades públicas da região sul do Brasil investigou as principais dificuldades encontradas pelos alunos no ambiente acadêmico. Os resultados apontaram que as diferenças entre ensino médio e superior, as dificuldades pessoais e interpessoais; os problemas na gestão do tempo; dificuldades relativas à estrutura da universidade e do curso; dificuldades em relação ao estilo dos professores; problemas com o deslocamento (transporte); adversidade econômicas; residência estudantil distante do núcleo afetivo e as dificuldades cognitivas foram os principais elementos apontados pelos discentes. Além disso, a escolha da profissão pode ter sido um processo difícil e marcado por dúvidas e inseguranças (Ambiel & Oliveira Barros, 2018). O ano acadêmico também tem sido considerado como um importante fator na análise da saúde mental dos estudantes. Estudos apontam que os anos iniciais e finais possuem desafios diferentes, mas igualmente capazes de aumentar a vulnerabilidade aos sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse (Bayram & Bilgel, 2008; Ibrahim et al., 2013). No início da graduação, uma parte dos alunos está mais preocupada com o processo de adaptação e em dirimir as dúvidas acerca da sua escolha profissional, enquanto os anos finais são caracterizados pela incerteza acerca das habilidades e competências desenvolvidas e apreensão no que se refere a inserção no mercado de trabalho (Ambiel & de Oliveira Barros, 2018).

No que se refere aos alunos de pós-graduação, os desafios são diferentes como o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa robusto de forma mais autônoma, a carga de trabalho e a combinação das mesmas com as atividades laborais e familiares, quando é o caso. Além disso, há a questão da cultura do produtivismo acadêmico, os problemas no processo de orientação, a falta de financiamentos, o isolamento, a falta de interlocução e a desvalorização da carreira de pesquisador (Nagy et al. 2019; Levecque et al., 2017; Costa & Nebel, 2018; Galvan, Branco, & Saurin, 2015).

Os transtornos psiquiátricos na população universitária de graduação e de pós-graduação apresentam consequências graves para os estudantes e para o seu processo de formação. Os estudantes das áreas de saúde, que experimentam níveis disfuncionais de estresse, ansiedade e depressão, têm maiores dificuldades de estabelecer conexões com seus pacientes, de sentir empatia em relação a eles e de manter uma agenda de trabalho positiva (McConville, McAllere, & Hahne, 2016). Os quadros psicopatológicos podem afetar a capacidade de organização e os processos de atenção, concentração, memória e aprendizagem, levando a um baixo rendimento e conseqüentes baixa autoestima e isolamento (Stewart-Brown et al., 2018; Aherne et al., 2016). Além disso, estudantes nessas condições têm tendência aumentada a não trabalhar de forma colaborativa com os colegas e professores, o que reduz o nível de rendimento, podendo culminar na evasão do curso de graduação (Ansolin et al., 2015; Fiorotti et al., 2009). Os pós-graduandos tendem a sofrer com o burnout, a apresentar déficits na sua produtividade, a desenvolver doenças psicossomáticas e tem chances aumentadas de abandonar o curso (Nagy et al., 2019).

Diante desses dados, estudos pontuam que as instituições de ensino superior precisam empreender uma reflexão crítica acerca desse problema. Conhecer o perfil do aluno, repensar os métodos de ensino-aprendizagem, criar estratégias de integração à comunidade acadêmica, auxiliar o estudante a desenvolver as habilidades e competências pessoais e profissionais que

ajudem a enfrentar as dificuldades do cotidiano visando à redução do sofrimento psíquico são essenciais ao processo de formação acadêmico-profissional (Gomes, et al., 2020; Ariño & Bardagi, 2018; Pakenham & Stafford-Brown, 2012). Tais objetivos podem ser atingidos, em parte, por meio de intervenções grupais, que apresentam melhor custo-benefício, além de propiciarem o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais (Lemos & Cavalcanti Júnior, 2009). As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) têm apresentado resultados bastante expressivos e se constituem em outra opção para auxiliar os indivíduos a atravessarem o seu processo de formação acadêmica de forma significativa, produtiva e com mais qualidade de vida (James & Rimes, 2018; Carpena & Menezes, 2018; Sampl & Furtner, 2017).

2.2 As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM)

Há várias definições de *mindfulness*, porém a acepção mais comumente empregada é a de Kabat-Zinn (2003), que o considera como um estado psicológico, no qual se está atento ao presente de forma intencional e com esforço de não julgar a experiência. O estado *mindfulness* pode ser desenvolvido por meio das IBM cuja característica distintiva é o treinamento sistemático e sustentado das práticas meditativas formais e informais. Tais exercícios são o elemento central tanto para a abordagem terapêutica quanto para o modelo teórico subjacente (Crane et al., 2017).

Dentre as IBM com maior respaldo científico, está o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) criado por Jon Kabat-Zinn (2003), na Universidade de Massachusetts, para pacientes com problemas relacionados ao estresse e o *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), criado por Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale, na Universidade de Oxford, para pacientes com constantes recaídas de depressão (Segal, Williams, & Teasdale, 2018). Os

resultados positivos apresentados pelos programas citados estimularam tanto a sua aplicação em contextos e situações diferenciados como as instituições de ensino superior, por exemplo.

Tradicionalmente, as IBM são realizadas no formato presencial e com encontros face a face. A literatura internacional apresenta resultados de estudos, que empregaram o MBSR, o MBCT ou outro tipo de programa baseado em *mindfulness* em estudantes universitários de graduação e de pós-graduação, com a obtenção de resultados encorajadores como a redução significativa dos sintomas de ansiedade, depressão, estresse, aumento da percepção de bem-estar e de qualidade de vida (Liu et al. 2019; Nagy et al., 2018; Ying et al., 2018; James et al., 2018; Levecque et al. 2017; Gu et al., 2017; Sampl, Maran, & Furtner, 2017; Van Dijk et al., 2017; Danilewitz, Bradwejn, & Koszycki, 2016; Kuhlmann et al., 2016; Song & Lindquist, 2014; Phang et al., 2014; Erogul et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Berghmans, Tarquinino, & Kretsch 2010; Oman et al., 2008; Kang et al., 2008; Jain et al., 2007).

Entretanto, em função do avanço tecnológico e diante da possibilidade aumentar a oferta de serviços de saúde mental para populações ocupadas e de difícil acesso, as IBM passaram a ser ofertadas também em formato online. Nesta modalidade, os programas podem seguir a proposta de trabalho conforme prescrito nos protocolos originais, porém o desenvolvimento da intervenção ocorre à distância e em tempo real. Normalmente, algumas mudanças nas atividades dos programas requerem alguma adaptação em função da mudança do presencial para o digital, mas a essência dos programas pode ser mantida sem maiores problemas.

Entretanto, a ideia de uma comunidade presencial ser semelhante a uma comunidade online é algo que precisa ser melhor explorado a fim de determinar a melhor forma de utilizar tais recursos (Sard-Peck, Martín-Asuero, Oller, Calvo, & Santesteban-Echarri, 2019). Além disso, é importante ressaltar que o formato de IBM online supracitado não é o único. Outros desenhos são relatados na literatura como o uso de aplicativos e de intervenções assíncronas.

Logo, torna-se importante ter clareza de que tipo de IBM está em questão quando as mesmas estão inseridas no universo digital.

2.3 Saúde mental e intervenções online

A eclosão da Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus (Sars-Cov-2), popularmente conhecida como pandemia da COVID-19, culminou em necessidades prementes de isolamento e de distanciamento social. Além disso, o cenário de incerteza e de vulnerabilidade no que se refere a questões sanitárias e econômicas, contribuiu para aumento expressivo da demanda de atendimentos em saúde mental (Faro et al., 2020; Vasconcelos et al. 2020).

O Google Trends é um dispositivo que fornece resultados acerca dos termos mais procurados na internet em plataformas de busca como o Google®. Este recurso já foi utilizado anteriormente em pesquisas médicas para fornecer uma visão geral sobre o interesse das pessoas em vários temas relacionados a saúde (Machado et al. 2019; Vasconcelos et al. 2017). Os dados provenientes do último relatório desta ferramenta mostraram que houve um aumento estatisticamente significativo na busca do termo *mindfulness*, especialmente em países como a Irlanda, Dinamarca, Holanda, Suécia e Nova Zelândia. As buscas atingiram o pico em abril de 2020 e este resultado pode estar diretamente relacionado aos efeitos psicológicos da pandemia da COVID-19. Tal fato refle o interesse e a necessidade das pessoas em recursos que pudessem ajudá-las a enfrentar os momentos de adversidade (Misitzis, 2020). Em contextos em que o contato físico entre os indivíduos se torna contraindicado, como é o caso da pandemia do coronavírus, as IBM online se colocam como recursos possíveis para atender as crescentes demandas em saúde mental (Zhu, et al. 2021; Lim, Leow, Ong, Pang, & Lim, 2020).

O interesse científico nesta modalidade de intervenção já havia resultado na realização de investigações antes mesmo do advento do Sars-Cov-2 (Mak, Chio, Chan, Lui, & Wu, 2017; Jayawardene et al. 2017; Spadaro, & Hunker, 2016). Entretanto, tais pesquisas foram realizadas em número menor de estudos quando comparadas as pesquisas com intervenções presenciais. A revisão sistemática de Ahmand e Wang (2018), reuniu dez estudos sobre os efeitos das IBM online e forneceu evidências de que tais recursos diminuíram significativamente os sintomas de estresse, depressão e ansiedade. Trabalhos realizados durante o surto da COVID-19 que avaliaram os efeitos de intervenções baseadas em *mindfulness* em estudantes universitários apontaram que os programas impactaram os desfechos de interesse em comparação ao grupo controle mostrando que, mesmo online, as IBM promoveram a melhora dos desfechos analisados (Liu et al. 2020; El Morr, Ritvo, Ahmad, Moineddin, & MVC Team, 2020).

2.4 Justificativas para o presente estudo

A pandemia resultou em mudanças drásticas para a vida das pessoas e da sociedade e este trabalho não foi isentado de tais impactos. O objetivo inicial era, de forma geral, investigar os efeitos de um programa de qualidade de vida baseado em *mindfulness*, em seu formato mais tradicional - presencial - em uma amostra de estudantes universitários. Entretanto, a necessidade de isolamento e de distanciamento social inviabilizaram a realização dos trabalhos conforme a proposta original. Os objetivos e métodos precisaram ser realinhados, o que não implicou necessariamente, em prejuízos para a qualidade do empreendimento. Ao contrário disso, o contexto atual forçou a busca de alternativas e levou a considerar as intervenções baseadas em *mindfulness*, em formato online, como uma estratégia de intervenção, até então, não considerada.

A literatura internacional elenca estudos que avaliaram os efeitos das IBM online como intervenções para a melhoria da saúde mental, porém a produção científica nacional carece de

investigações dessa natureza (González-García, Álvarez, Pérez, Fernandez-Carriba, & López, 2021; Zhu et al. 2021; Zhu et al. 2021; Mak, Chio, Chan, Lui, & Wu, 2017; Jayawardene et al. 2017; Spadaro, & Hunker, 2016). Além disso, o cenário do último ano apontou a importância de ter disponíveis tratamentos baseados em evidência e exequíveis em meios digitais para contextos em que o contato humano não é possível e/ou recomendado. De mais a mais, tais intervenções possuem vantagens econômicas e estratégicas, pois evitam dificuldades em relação ao transporte e ao deslocamento, ampliam o acesso para pessoas em condições de difícil acesso, configuram em uma alternativa para situações de isolamento e de distanciamento e ainda são uma oportunidade de alcançar populações ocupadas, porém digitalmente acessíveis.

Logo, o presente estudo é o primeiro trabalho nacional que investigou os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness*, de oito semanas, em formato digital, durante a pandemia do Sars-Cov-2 em que as necessidades de cuidado em saúde mental cresceram exponencialmente (Faro et al., 2020; Vasconcelos et al. 2020). Dessa forma, considerando os resultados significativos das IBM em instituições de ensino superior, os desafios que se apresentam ao estudante de pós-graduação, os resultados positivos das IBM em formato online, os níveis de adoecimento dentre os pós-graduandos e a viabilidade estratégica e econômica das intervenções online, o principal objetivo desta tese foi avaliar se o Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* Online exerceria impactos relevantes sobre a saúde mental dos alunos de pós-graduação, especialmente sobre o desfecho primário de qualidade de vida e secundários de depressão, ansiedade e estresse. Trata-se, portanto, de um estudo de avaliação da efetividade da referida intervenção.

3 Introdução Teórica

O objetivo da Introdução Teórica é esclarecer os principais conceitos relativos ao presente trabalho. Para isso, serão apresentados os conteúdos relativos à conceituação de *mindfulness*, o breve histórico das intervenções baseadas em *mindfulness* e o conceito relativo ao desfecho primário deste trabalho, a qualidade de vida.

3.1 Conceitualização de *mindfulness*

A definição de *mindfulness* mais comumente empregada é a de Kabat-Zinn (2003), que o classifica como um estado psicológico, no qual se está atento ao momento presente de forma intencional e com esforço de não julgar a experiência vivida. Nesse estado de consciência, é possível perceber os pensamentos, as sensações corporais e as emoções no momento em que eles ocorrem sem reagir de maneira automática ou habitual. A adoção dessa perspectiva, mesmo em circunstância difíceis, abre espaço para que se possa fazer escolhas mais conscientes e funcionais, o que influencia positivamente a maneira de lidar com os desafios cotidianos. No Brasil, o termo *mindfulness* foi traduzido para o português como atenção plena (Kabat-Zinn, 2017).

O estado *mindfulness* pode ser treinado por meio de práticas específicas e requer, também, o desenvolvimento de um conjunto de habilidades conhecidas como “atitudes *mindfulness*”, como o não julgamento da experiência, o desenvolvimento da paciência, da confiança, da aceitação, da gratidão, da generosidade e da abertura e de deixar as coisas como elas são ou como estão. O treinamento nas práticas e o cultivo das atitudes *mindfulness* são estratégias eficazes para tratamentos de quadros de depressão, ansiedade, estresse, dor crônica e comportamentos compulsivos dentre outras demandas clínicas. Para que tais benefícios sejam atingidos, é essencial que os indivíduos sejam iniciados nos programas de práticas, nas quais podem aprender a ancorar a atenção, desenvolver a atenção focada e de monitoramento aberto

e lidar com processos psicológicos, como a regulação das emoções e sensações corporais, e com as cognições, especialmente aquelas carregadas de conteúdo “negativo”, preditoras de estados emocionais disfóricos (Kabat-Zinn, 2017; Kabat-Zinn, 2003).

As práticas de *mindfulness* requerem, portanto, um processo de aprendizagem, que é totalmente vivencial e sistemático. Durante oito semanas, como é de praxe, os participantes aprendem técnicas meditativas variadas, como escaneamento corporal, respiração, movimentos corporais, monitoramento aberto e práticas compassivas dentre outras, além de atividades psicoeducativas e de partilha de experiências. Os participantes são, então, estimulados a integrar as práticas aprendidas em suas rotinas, a fim obter uma melhor relação consigo mesmo, com suas dificuldades cotidianas e extraordinárias e com seus quadros clínicos (Demarzo, Barros, & Oliveira, 2015).

Nesse contexto, *mindfulness* é considerado tanto um recurso coadjuvante aos tratamentos de saúde e como propulsor da qualidade de vida. Isso significa que tanto as pessoas que possuem patologias físicas e emocionais quanto aquelas que desejam lidar melhor consigo mesmas e com os desafios da vida podem obter benefícios com a prática. Para que tais objetivos fossem atingidos, foi necessário que *mindfulness* englobasse conhecimentos de diversas áreas, como a Neurociência, Psicopatologia, Terapias Comportamentais e Cognitivas e Práticas Meditativas Orientais, a fim de compreender como os fatores cognitivo, emocional, comportamental, social e espiritual poderiam afetar diretamente a saúde e a vida das pessoas (Kabat-Zinn, 2017).

A prática da atenção plena consiste, portanto, em uma abordagem que, propondo métodos fundamentados em processos de aprendizagem, contribuiu para o desenvolvimento de diferentes estratégias de lidar como o sofrimento emocional e para a melhora da qualidade de vida. No entanto, essa visão de *mindfulness* pode ser considerada recente. Somente a partir da década de 1970, com os trabalhos de Kabat-Zinn, é que tal prática tomou a forma pragmática,

sistemática, popular e focada para os fins citados anteriormente (Almeida & Malagris, 2011; Vandenberghe & Assunção, 2009).

As origens de *mindfulness* são antigas e remontam às tradições orientais seculares como o Budismo. As práticas meditativas nas tradições possuem diferenças em relação às práticas ocidentais fundamentadas em arcabouço teórico multidisciplinar. No Budismo, há uma forte metafísica religiosa, que sustenta uma série de valores morais, éticos e filosóficos, como o desejo de iluminação, de libertação do sofrimento e dos ciclos incessantes de renascimentos. Logo, os componentes metafísicos, éticos e ritualísticos são apreciados nessa compreensão de *mindfulness*. As práticas meditativas budistas objetivam levar o praticante ao treinamento atencional, ao desenvolvimento da estabilidade mental e da autocompaixão, além de estimular o *bojihanga*, os setes fatores que conduzem à iluminação, conforme descrito no tratado do *Anapanasati Sutta*, por exemplo. Nesse sentido, um monge budista não ensinaria práticas de atenção plena com o propósito de desenvolver habilidades metacognitivas, de aumento da consciência corporal ou de regulação emocional, apesar de esses serem produtos das práticas meditativas budistas também. As tradições empregam conteúdos religiosos, éticos e filosóficos como elementos inerentes das meditações. No entanto, a popularização de *mindfulness* no ocidente se deu, principalmente, porque os programas adotaram uma postura laica, isto é, os conteúdos metafísicos ficaram de fora. Tal fato permitiu que os programas pudessem ser adotados por pessoas de diferentes crenças e até por aquelas que não possuem referencial religioso ou espiritual algum (Ramos, 2015; Vandenberghe & Assunção, 2009).

Além do fato de os programas de *mindfulness* serem laicos, os resultados provenientes do campo de pesquisa, que cresceram vertiginosamente nos últimos anos, contribuíram fortemente para a disseminação das práticas de atenção plena como uma intervenção no campo da saúde. Dessa forma, as práticas meditativas no Ocidente se consagraram a partir dos programas para gerenciamento do estresse (*Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR*),

prevenção de recaída da depressão (*Mindfulness Based Cognitive Therapy* – MBCT), dor crônica (*Mindfulness Based Pain Management* – MBPM), comportamentos compulsivos (*Mindfulness Based Relapse Prevention* – MBRP), dentre outros, que apresentaram evidências científicas robustas e favoráveis (Santos, 2020).

3.2 Intervenções baseadas em *mindfulness*

O MBSR é o programa pioneiro dentre as intervenções baseadas em *mindfulness* e foi desenvolvido por John Kabat-Zinn, professor emérito do Departamento de Medicina da Universidade de Massachusetts, nos EUA, no final da década de 1970. Trata-se de um programa com arcabouço teórico variado, que contempla os conhecimentos do campo da Medicina, da Psicologia e das tradições seculares como o Budismo. A partida inicial para o desenvolvimento do MBSR teve início com a experiência particular de Kabat-Zinn com as práticas meditativas budistas e do yoga. A partir da sua experiência e munido dos conhecimentos sobre intervenções hospitalares ocidentais, o pesquisador elaborou um tipo de tratamento, uma nova intervenção, com o objetivo de oferecer novos recursos para pacientes com dor crônica e estresse (Kabat-Zinn, 2003).

O MBSR é um programa altamente manualizável, isto é, é composto por encontros semanais, com duração de duas horas, que ocorrem ao longo de oito semanas, com uma agenda de atividades definida. Ao longo desse período, os participantes aprendem diversas técnicas de treinamento de atenção – as práticas meditativas – além de conteúdos psicoeducativos sobre saúde, doença, estresse e qualidade de vida dentre outros. Durante o programa, ocorrem aprendizagens sobre os modos de funcionamento mental, regulação emocional, vivência de afetos negativos e adversos e aceitação. Além disso, são estimulados a se engajar nas práticas como oportunidade de desenvolver o autoconhecimento e a qualidade de vida. O maior objetivo do MBSR é proporcionar conhecimentos e habilidades aos participantes com o objetivo de

aumentar a responsabilidade e o engajamento destes pelo seu próprio bem-estar. Trata-se, portanto, de uma intervenção que proporciona autocuidado em saúde e que colabora com os outros tratamentos em andamento. O MBSR proporciona novas formas de lidar com eventos da vida carregados de sofrimento, como a dor, a doença e as limitações de diferentes naturezas. As evidências científicas a favor do MBSR foram consistentes a ponto de influenciarem a criação de novos programas voltados para públicos-alvo específicos, como pacientes com depressão recorrente, comportamentos compulsivos e problemas alimentares dentre outros (Khoury, et al., 2015; Moyhan, et al., 2013).

O MBCT é uma intervenção baseada em *mindfulness* e voltada para a prevenção de recaídas da depressão. Sua criação foi inspirada no MBSR de Kabat-Zinn. Tal programa foi desenvolvido na Universidade de Oxford, Inglaterra, por Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale no final dos anos 1990 (Segal, Williams, & Teasdale, 2018). Ele utiliza práticas de *mindfulness* como componente essencial, incluindo princípios das terapias cognitivo-comportamentais, especialmente aqueles que clarificam a relação entre a cognição, a emoção e o comportamento (Segal, Williams, & Teasdale, 2018). O programa, também, é estruturado e manualizável, composto por sessões semanais em grupos de oito a 15 participantes, com aproximadamente uma a duas horas de duração e sessões de manutenção. O MBCT foi criado para prevenir as recaídas e recorrências na depressão e seus resultados positivos levaram o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), do sistema de saúde inglês, a conferir ao programa MBCT o *status* de eficaz e efetivo enquanto terapia adjuvante à prevenção de recaída da Depressão Maior, com custo efetivo eficaz quando comparado à farmacologia (Kuyken et al., 2015; Kuyken et al., 2008). O programa consiste na aprendizagem e na incorporação progressiva de práticas e exercícios de *mindfulness* associadas a conteúdos de psicoeducação de acordo com os participantes-alvo do programa. Os exercícios de psicoeducação contêm, basicamente, os princípios da Terapia Cognitiva no que se refere à

conexão das cognições, emoções e comportamentos e ao reconhecimento de vulnerabilidades psicológicas, que favorecem as recorrências e recaídas no quadro clínico do indivíduo, entre outros princípios (Kuyken et al., 2015; Kuyken et al., 2008). Em relação às práticas de *mindfulness*, procura-se desenvolver uma maneira diferente de lidar com as cognições propulsoras de estados de depressão, considerando-as como eventos mentais transitórios (Crane & Williams, 2010; Lo, Ho, & Hollon, 2010). O indivíduo é incentivado a perceber as cognições disfuncionais, a não se deixar levar por elas e a não acompanhar o fluxo de pensamentos automáticos, que promovem o aumento dos estados subjetivos disfuncionais. Esse modo de lidar com as situações, cognições e sentimentos dificulta o desenvolvimento de uma cascata disfuncional de pensamentos ruminativos que levam à espiral depressiva e à esquiva experiencial. Dessa forma, aprende-se a permitir que cognições e emoções potencialmente disfuncionais sejam reconhecidas e vivenciadas sem o indivíduo ser capturado por pensamentos de natureza ruminativa e sem empreender uma luta contra essas experiências. Nesse contexto, ocorre o desenvolvimento da consciência metacognitiva, que é a capacidade de observar pensamentos e sentimentos negativos como eventos transitórios, e não como verdades absolutas. O indivíduo com consciência metacognitiva mais desenvolvida possui mais condições de evitar a recaída aos estados depressivos e, também, dos estados ansiosos pela habilidade de reconhecer e de lidar com os seus eventos mentais e emocionais (Kuyken et al., 2015; Kuyken et al., 2008; Crane & Williams, 2010; Lo et al., 2010; Taylor et al., 2014; Vandenberghe & Assunção, 2009).

Outros programas com propostas similares, porém com adequações para públicos-alvo específicos foram desenvolvidos, como o *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP), que é um programa complementar de tratamento em saúde mental embasado na teoria da TCC, nos princípios do Modelo de Prevenção de Recaída e nas práticas de *mindfulness*. O programa foi desenvolvido no *Addictive Behaviors Research Center*, na Universidade de Washington, e,

inicialmente, esteve voltado para o tratamento da dependência química, sendo posteriormente ampliado para outros comportamentos aditivos e reativos (Bowen et al., 2014). O *Mindfulness Based Pain Management* (MBPM) é outra intervenção baseada em *mindfulness* similar ao MBCT e ao MBSR, criado por Vidyamala Burch na *Breathworks Foudation*, Inglaterra, sendo direcionado, de forma mais específica, para pessoas que vivem com dor crônica e com a doença. A criação do programa provém diretamente da experiência pessoal da autora, que conviveu com uma severa dor crônica na coluna desde 1976. O princípio básico do MBPM é que a prática da consciência e da compaixão possibilita operar mudanças na forma como as pessoas reagem frente à experiência física, mental e emocional da dor (Cusens, Duggan, Thorne, & Burch, 2010). O MBPM tem sido aplicado com sucesso em pacientes com dores crônicas, câncer, fibromialgia, esclerose múltipla, dor musculoesquelética, artrite, acidente vascular cerebral, Síndrome de Paget, insuficiência renal crônica, diabetes, neuropatia, hipermobilidade, espondilolistese e uma série de outras condições.

Além desses programas, há outros específicos para transtornos alimentares e ansiedade generalizada e, também, para qualidade de vida (Kristeller & Hallett, 1999; Orsillo & Roemer, 2011; Oliveira, Hirayama, & Barros, 2018). O Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* foi elaborado por Oliveira, Hirayama e Barros (2018), no Centro de Promoção de *Mindfulness* (CPM), a partir dos programas prévios. Tal protocolo será utilizado como intervenção no Estudo Principal no presente trabalho e apresenta como vantagens o fato de ter sido projetado exclusivamente para a população brasileira e por estar afinado com os elementos culturais presentes na definição do conceito de qualidade de vida.

3.3 *Mindfulness* e qualidade de vida

Com o progresso da medicina, muitos quadros clínicos letais, como as enfermidades infectocontagiosas, por exemplo, passaram a ser curáveis ou a ter, pelo menos, maior controle

dos seus sintomas e retardo no curso natural da patologia (Panzini et al., 2007; Fleck et al., 2000). Esse fato contribuiu para o aumento da expectativa de vida das pessoas, que passaram a viver mais e a conviver com formas abrandadas da doença. Nesse novo contexto, tornou-se necessário conhecer não somente o número de anos a mais que as pessoas viviam, mas também a qualidade da vida das pessoas (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). O conceito de qualidade de vida passa a receber, então, atenção destacada e se instaura como uma imprescindível medida de desfecho nas pesquisas em ciências da saúde (Panzini, et al., 2007; Fleck et al., 2000).

A partir da década de 1970, tornou-se primordial considerar a distinção entre padrão de vida e qualidade de vida, que são conceitos distintos embora relacionados (Pereira et al., 2012). O conceito padrão de vida está relacionado aos indicadores globais do modo de viver das sociedades e indivíduos em termos socioeconômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis. Já o conceito qualidade de vida compreende a percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida (Panzini et al., 2007).

A partir de tais considerações, o Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), conceitualizou o termo, em 1994, como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Tal definição permite observar que a questão cultural é significativa para a consideração e mensuração desse construto, já que diferentes culturas tendem a priorizar diversos aspectos (Pereira et al., 2012; Panzini et al., 2007; Fleck et al., 2000). O Grupo WHOQOL pode ter sido o primeiro a incluir o componente cultural como parte integrante e fundamental em vez de tratar sua influência como uma variável não relacionada.

Para o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida a partir de uma perspectiva cultural, seis grandes vertentes foram consideradas: 1) os estudos de base epidemiológica sobre

felicidade e bem-estar; 2) a busca de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) a “satisfação do cliente”; 5) o movimento de humanização da Medicina e 6) a Psicologia Positiva. A atual conceitualização está alinhada com a tendência das pesquisas sobre as variáveis positivas da vida humana. O foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da Saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, otimismo, criatividade, coragem, espiritualidade e compaixão (Fleck et al., 2000).

As práticas de *mindfulness* possuem uma relação direta com a moderna conceitualização de qualidade de vida pautada nos aspectos culturais e positivos citados. Dentre as intervenções baseadas nas práticas de atenção plena, há programas focados em demandas variadas no campo da saúde, como o MBSR, o MBCT, o MBPM, o MBRP e outros, discutidos na seção anterior deste trabalho, e, também, os programas de qualidade de vida baseados em *mindfulness*. Esse último é destinado também a populações não clínicas, que não apresentam, portanto, agravos à saúde e buscam por estratégias profiláticas e preventivas para viver melhor.

Segundo a definição do Grupo WHOQOL (OMS, 1994), a qualidade de vida é um construto multidimensional composto por seis domínios: Ambiente, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Aspectos Espirituais. Os programas de qualidade de vida baseados em *mindfulness* possuem recursos capazes de gerar efeitos positivos sobre cinco dentre os seis domínios previstos no construto qualidade de vida desenvolvido pela OMS (OMS, 1994), contribuindo, portanto, para a melhora da percepção subjetiva deste construto. Apenas o Domínio Ambiente, por conter aspectos materiais e de infraestrutura, não está sob os efeitos diretos das práticas de atenção plena.

Alguns dos elementos dignos de nota dos programas de qualidade de vida baseados em *mindfulness* são a manutenção da saúde física e mental, o estímulo ao autocuidado com maior responsabilização das pessoas pela sua própria saúde e bem-estar, o desenvolvimento das

características humanas adaptativas e positivas e como uma estratégia de cuidados preventivos e para viver melhor (Oliveira et al., 2018).

4 Objetivos e hipótese de pesquisa

O objetivo geral da tese de doutorado é avaliar a efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* em estudantes de pós-graduação. Para tal, o presente trabalho se dividiu em três componentes principais: Estudo de Revisão Sistemática, Estudo de Análise de Viabilidade e Estudo Principal. Os objetivos de cada um desses estudos serão apresentados separadamente.

4.1 Objetivos do estudo de revisão sistemática

Identificar, selecionar, analisar e sumarizar de forma sistemática um conjunto de estudos, a fim de responder à seguinte questão: as intervenções baseadas em *mindfulness* produzem impacto na saúde mental e na qualidade de vida de estudantes universitários quando comparadas a outras intervenções? Além desse objetivo, o Estudo de Revisão objetivou, ainda, apontar as lacunas e as contribuições do presente trabalho para o campo de estudos das intervenções baseadas em *mindfulness*.

4.2 Objetivos do estudo de análise de viabilidade

O objetivo principal do Estudo de Análise de Viabilidade foi avaliar a factibilidade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* para estudantes universitários. Além disso, verificar a adequação metodológica e as principais dificuldades a fim de realizar as adequações necessárias no Estudo Principal.

4.3 Objetivos do estudo principal

4.3.1 Objetivo Geral

1). Avaliar a efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* no desfecho primário de qualidade de vida e secundários de depressão, ansiedade, estresse e *mindfulness* em uma amostra de estudantes de pós-graduação *strictu sensu*.

4.3.2 Objetivos Específicos

1). Investigar os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* Online comparando os escores dos desfechos primários (qualidade de vida) e secundários (depressão, ansiedade, estresse e *mindfulness*) em dois grupos diferentes de pós-graduandos (grupo *mindfulness* intervenção isolada e grupo *mindfulness* intervenção combinada) por meio de avaliações de pré e pós-teste em cada grupo em separado.

2). Averiguar se a frequência aos encontros do programa, a frequência das práticas meditativas e o tempo em minutos destinados a elas diariamente exerceriam implicações sobre os desfechos primário e secundários por meio de avaliações longitudinais.

3). Caracterizar a amostra de forma sociodemográfica, acadêmica e de condições de vida.

4.4 Hipótese de pesquisa

O Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* será efetivo para aumentar a percepção de qualidade de vida e os níveis de *mindfulness* e reduzir os escores dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, sendo que o grupo com intervenção combinada apresentaria mudanças com tamanho de efeito mais pronunciado.

5 ESTUDO 1 - OS EFEITOS DAS INTERVENÇÕES BASEADAS EM MINDFULNESS (IBM) NA SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO DE REVISÃO SISTEMÁTICA *

Kênia Izabel David Silva de Resende¹

Priscilla Moreira Ohno²

Maycoln Leoni Martins Teodoro³

Víviam Vargas de Barros⁴

1. Kênia Izabel David Silva de Resende: psicóloga, instrutora de *mindfulness* e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.

2. Priscilla Moreira Ohno: psicóloga e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.

3. Maycoln Leoni Martins Teodoro: psicólogo, orientador e professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.

4. Víviam Vargas de Barros: psicóloga, coorientadora, instrutora e professora do Curso de Formação Profissional em Mindfulness do Centro de Promoção de Mindfulness (CPM).

* Artigo publicado na Revista Brasileira de Terapias Cognitivas em agosto de 2021.

Resumo: Os dados epidemiológicos apontam que os sintomas psiquiátricos em estudantes universitários apresentam índices mais expressivos em comparação aos pares de fora da universidade. Nos últimos anos, as intervenções baseadas em *mindfulness* têm se destacado como intervenções eficazes no campo da saúde mental com desfechos satisfatórios e, por isso, têm sido empregadas em áreas como o ensino superior. Foi realizado um estudo de revisão sistemática com buscas sistematizadas nas bases de dados Cochrane Library, PsycINFO, PubMed e Lilacs com descritores controlados e não controlados. Foram identificadas 1.548 publicações, mas somente 18 atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: delineamento ensaio clínico randomizado (ECR), população-alvo de estudantes universitários, intervenção baseada nos programas de *mindfulness* MBSR e/ou MBCT, ser realizada de forma presencial e com encontros semanais. Os resultados apontaram que as intervenções baseadas em *mindfulness* mostraram efeitos significativos ou moderadamente significativos em suas variáveis de análise (ansiedade, depressão, estresse, *mindfulness* e autocompaixão) mostrando-se como intervenções promissoras para intervenção e promoção da saúde no meio acadêmico.

Palavras-chave: *mindfulness*, estudantes, ansiedade, estresse, depressão, ensaio clínico randomizado.

5.1 Introdução

Os estudos em epidemiologia psiquiátrica que avaliaram a prevalência dos transtornos mentais na população universitária apontaram que os sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes apresentaram índices mais acentuados em comparação com colegas de fora da universidade (Sampl, Maran, & Furtner, 2017; Ansolin, Rocha, Santos, & Dal Pozzo, 2015).

Para a maior parte dos alunos, o início da vida acadêmica apresenta uma série de novos desafios que demandam habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais nem sempre amadurecidas para tal (Barraza et al., 2015). A necessidade de obter aprovação, apresentar alto desempenho, lidar com volume de trabalho exponencial, expor-se publicamente em determinadas atividades, a realização dos estágios e a tomada de decisão em contextos que já ensaiam os futuros desafios profissionais, são alguns dos exemplos de situações enfrentadas pelos estudantes. Essas circunstâncias, aliadas a outros fatores como os de ordem pessoal, social e familiar, podem contribuir para o sentimento de sobrecarga e posterior adoecimento (Padovani et al., 2014; Lemos, Baptista, & Carneiro, 2011).

A compreensão e a criação de estratégias para lidar com os transtornos psiquiátricos na população universitária é extremamente importante em função das consequências graves para os estudantes e para o seu processo de formação. Segundo Erogul, Singer, McIntyre, & Stefanov, (2014), os acadêmicos da área de saúde, que experimentaram níveis disfuncionais de estresse, ansiedade e depressão, tiveram maiores dificuldades de estabelecer conexões afetivas com seus pacientes, de sentir empatia e compaixão em relação a eles e de manter uma agenda de trabalho positiva, o que caracteriza uma identidade profissional desadaptativa. Os alunos com sintomatologia grave têm risco aumentado para suicídio, comportamentos autolesivos, doenças físicas, diminuição da atividade física, comportamento sexual de risco, tabagismo e dependência de álcool e drogas (Van Dijk et al., 2017; Gu, Xu, & Zhu, 2018; Anastasiades Kapoor, Wootten, & Lamis, 2017). Além disso, os quadros psicopatológicos podem afetar a capacidade de organização e os processos de atenção, concentração, memória e aprendizagem, levando a um baixo rendimento acadêmico podendo culminar na evasão do curso de graduação (Padovani et al., 2014; Lemos et al., 2011).

Diante desse contexto, Pakenham e Stafford-Brown (2012) pontuaram que as instituições de ensino superior precisam empreender uma reflexão crítica acerca do problema.

Conhecer o perfil do aluno, repensar os métodos de ensino-aprendizagem, criar estratégias de integração à comunidade acadêmica, auxiliar o estudante a desenvolver as habilidades e competências pessoais e profissionais para enfrentar as dificuldades do cotidiano. Tais ações podem contribuir para a redução do sofrimento psíquico e melhorar a qualidade de vida, elementos essenciais ao processo de formação acadêmico-profissional.

Nos últimos anos, as intervenções baseadas em *mindfulness* (IBM) têm se destacado como intervenções eficazes no campo da saúde mental com custo-benefício satisfatório, sendo reconhecidas e adotadas por sistemas de saúde internacionais como o National Health Services (NHS) da Inglaterra (Crane & Kuyken, 2013). O interesse pelas IBM teve início a partir dos resultados do programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) criado por Jon Kabat-Zinn na Universidade de Massachusetts para pacientes com problemas relacionados ao estresse e à dor crônica (Kabat-Zinn, 2003). Atualmente, estão disponíveis vários protocolos de IBM. Entretanto, o MBSR e o *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) criado por Segal, Teasdale e Williams (2004) para pacientes com constantes recaídas de depressão, são os que apresentam maior volume de estudos com evidências científicas robustas.

O componente essencial desses programas são as práticas de *mindfulness*. A definição do termo mais comumente empregada é a de Kabat-Zinn (2003), que o considera como um estado psicológico no qual se está atento ao presente de forma intencional e com esforço de não julgar a experiência. Segundo o autor, ao adotar tal perspectiva, mesmo em circunstância difíceis, abre-se espaço para que se possa fazer escolhas mais conscientes e funcionais, o que influencia positivamente a maneira de lidar com os desafios cotidianos.

As evidências favoráveis às IBM no campo da saúde contribuíram para levar *mindfulness* também para outras áreas como as organizações e as instituições de ensino. Nos últimos anos um número considerável de estudos foi desenvolvido com universitários objetivando responder questões relativas a melhoraria da saúde mental dos estudantes e a

viabilidade das IBM em ambientes acadêmicos (Assumpção, Pena, Neufeld, & Teodoro, 2019; James & Rimes, 2018; Ying, Liu, He, & Wang, 2018; Van Dijk et al., 2017; Sampl et al., 2017; Danilewitz, Bradwejn, & Koszycki, 2016; Kuhlmann, Huss, Bürger, & Hammerle, 2016).

Apesar da quantidade de estudos sobre o tema, os trabalhos de revisão sistemática que investigaram as evidências de eficácia para esse tipo de população específica ainda deixam questões em aberto (González-Valero, Zurita-Ortega, Ubago-Jiménez, & Puertas-Molero, 2019; Huang, Nigatu, Smail-Crevier, Zhang, & Wang, 2018; Regehr, Glancy, & Pitts, 2013). Considerando a importância da questão da saúde mental no ambiente acadêmico e do volume de publicações envolvendo as IBM e estudantes universitários, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão sistemática, a fim de responder à seguinte questão: as intervenções baseadas em *mindfulness* produzem impacto na saúde mental e na qualidade de vida de estudantes universitários quando comparadas a outras intervenções? Essa é a questão chave que norteou toda a investigação deste estudo.

5.2 Método

Foi realizado um trabalho de revisão sistemática com estudos que investigaram os efeitos das intervenções baseadas em *mindfulness* na saúde mental de estudantes universitários. O estudo foi organizado a partir das recomendações PRISMA que orienta a elaboração, análise e publicação de revisões sistemáticas (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Prisma Group, 2009). A questão de pesquisa foi construída a partir de três componentes: população alvo de estudantes universitários, delineamento de pesquisa do tipo ensaio clínico randomizado (ECR) e intervenções baseadas nos programas de *mindfulness* MBSR e/ou MBCT.

As buscas eletrônicas de artigos publicados foram realizadas até dezembro de 2020, de forma sistematizada, nas bases de dados Medline (PubMed), PsycINFO, Cochrane e *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS). Para cada uma das bases de

dados, foi elaborada uma estratégia específica com descritores MeSH e sinônimos. Os termos foram pesquisados em combinações variadas e estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1

Estratégia de busca das bases de dados

Base de dados	Estratégia	Estudos
Pubmed (Medline)	<p>(((((("Students"[Mesh]) OR (Students[Text Word] OR Student[Text Word] OR School Enrollment[Text Word] OR Enrollment, School[Text Word] OR Enrollments, School[Text Word] OR School Enrollments[Text Word]))) OR ((Students, Medical"[Mesh]) OR (Students, Medical[Text Word] OR Medical Students[Text Word] OR Student, Medical[Text Word] OR Medical Student[Text Word]))) OR ((Students, Dental"[Mesh]) OR (Students, Dental[Text Word] OR Dental Students[Text Word] OR Student, Dental[Text Word] OR Dental Student[Text Word]))) OR ((Students, Nursing"[Mesh]) OR (Students, Nursing[Text Word] OR Pupil Nurses[Text Word] OR Student, Nursing[Text Word] OR Nurses, Pupil[Text Word] OR Nurse, Pupil[Text Word] OR Pupil Nurse[Text Word] OR Nursing Student[Text Word] OR Nursing Students[Text Word]))) OR ((Students, Pharmacy"[Mesh]) OR (Students, Pharmacy[Text Word] OR Pharmacy Students[Text Word] OR Student, Pharmacy[Text Word] OR Pharmacy Student[Text Word]))) OR ((Student Health Services"[Mesh]) OR (Student Health Services[Text Word] OR Health Services, Student[Text Word] OR Health Service, Student[Text Word] OR Service, Student Health[Text Word] OR Student Health Service[Text Word] OR Services, Student Health[Text Word] OR Health Services, University[Text Word] OR Health Service, University[Text Word] OR Service, University Health[Text Word] OR University Health Service[Text Word] OR University Health Services[Text Word] OR Services, University Health[Text Word]))) OR ((Students, Health Occupations"[Mesh]) OR (Students, Health Occupations[Text Word] OR Health Occupations Students[Text Word] OR Health Occupations Student[Text Word] OR Occupations Student, Health[Text Word] OR Occupations Students, Health[Text Word] OR Student, Health Occupations[Text Word]))) OR ((Students, Public Health"[Mesh]) OR (Students, Public Health[Text Word] OR Health Student, Public[Text Word] OR Health Students, Public[Text Word] OR Public Health Student[Text Word] OR Student, Public Health[Text Word] OR Public Health Students[Text Word]))) AND ((Mindfulness"[Mesh]) OR (Mindfulness[Text Word] OR mindfulness based cognitive therapy[Text Word] OR mindfulness based relapse prevention[Text Word] OR mindfulness meditation[Text Word] OR mindfulness based intervention[Text Word] OR mindfulness[Text Word] OR mindfulness based stress reduction[Text Word]))</p>	654
Cochrane	<p>#1 MeSH descriptor: [Students] explode all trees #2 (Students) #3 (Student) #4 (School Enrollment) #5 (Enrollment, School) #6 (Enrollments, School) #7 (School Enrollment) #8 MeSH descriptor: [Students, Medical] explode all trees #9 (Students, Medical) #10 (Medical Student) #11 (Medical Students) #12 (Student, Medical) #13 MeSH descriptor: [Students, Dental] explode all trees #14 (Students, Dental) #15 (Student, Dental) #16 (Dental Students) #17 (Dental Student) #18 MeSH descriptor: [Students, Nursing] explode all trees #19 (Students, Nursing)</p>	406

	#20 (Student, Nursing)	
	#21 (Nurse, Pupil)	
	#22 (Nursing Students)	
	#23 (Nurses, Pupil)	
	#24 (Nursing Student)	
	#25 (Pupil Nurse)	
	#26 (Pupil Nurses)	
	#27 MeSH descriptor: [Students, Pharmacy] explode all trees	
	#28 (Students, Pharmacy)	
	#29 (Student, Pharmacy)	
	#30 (Pharmacy Students)	
	#31 (Pharmacy Student)	
	#32 MeSH descriptor: [Students Health Services] explode all trees	
	#33 (Students Health Services)	
	#34 (Health Services, University)	
	#35 (Services, University Health)	
	#36 (Health Services, University)	
	#37 (Service, University Health)	
	#38 (University Health Service)	
	#39 (University Health Services)	
	#40 (Health Service, Student)	
	#41 (Services, Student Health)	
	#42 (Student Health Service)	
	#43 (Health Services, Student)	
	#44 (Services, Student Health)	
	#45 MeSH descriptor: [Students, Health Occupations] explode all trees	
	#46 (Students, Health Occupations)	
	#47 (Health Occupations Students)	
	#48 (Health Occupations Student)	
	#49 (Student, Health Occupations)	
	#50 (Occupations Student, Health)	
	#51 (Occupations Students, Health)	
	#52 MeSH descriptor: [Students, Public Health] explode all trees	
	#53 (Students, Public Health)	
	#54 (Public Health)	
	#55 (Health Students, Public)	
	#56 (Student, Public Health)	
	#57 (Health Student, Public)	
	#58 (Public Health Student)	
	#59 {or #1-#58}	
	#60 MeSH descriptor: [Mindfulness] explode all trees	
	#61 (Mindfulness)	
	#62 (Mindfulness based cognitive therapy)	
	#63 (Mindfulness based relapse prevention)	
	#64 (Mindfulness meditation)	
	#65 (Mindfulness based intervention)	
	#66 (Mindfulness based stress reduction)	
	#67 {or #60-#66}	
	#68 #59 and #67	
PSYCINFO (CAPES)	Education, Higher OR Students OR Students, Dental OR Students, Health Occupations OR Students, Medical OR Students, Nursing OR Students, Pharmacy OR Students, Public Health OR University AND Mindfulness OR mindfulness based stress reduction OR mindfulness based cognitive therapy OR mindfulness based intervention OR mindfulness meditation	484
LILACS	(tw:(("Educação Superior" OR "Ensino Superior" OR estudantes OR "Estudantes de Odontologia" OR "Estudantes de Ciências da Saúde" OR "Estudantes de Medicina" OR "Estudantes de Enfermagem" OR "Estudantes de Farmácia" OR "Estudantes de Saúde Pública" OR "Estudantes de psicologia" OR universitário OR universitários OR "Educación Superior" OR estudiantes OR "Estudiantes de Odontología" OR "Estudiantes del Área de la Salud" OR "Estudiantes de Medicina" OR "Estudiantes de Enfermería" OR "Estudiantes de Farmacia" OR "Estudiantes de Salud Pública" OR "Education, Higher" OR students OR "Students, Dental" OR "Students, Health Occupations" OR "Students, Medical" OR "Students, Nursing" OR "Students, Pharmacy" OR "Students, Public Health" OR university))) AND	34
		TOTAL: 1548

A busca manual foi realizada por meio da avaliação das referências bibliográficas dos estudos incluídos e a busca na literatura cinza foi realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e no Banco de Teses da CAPES. Não houve restrições quanto à data de publicação dos estudos e de idioma.

As publicações identificadas foram inseridas no aplicativo Rayyan ® (Ouzzani Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016) com o objetivo de promover a exclusão das duplicatas e realizar o processo de seleção dos estudos. Os critérios de seleção adotados foram: população-alvo composta por estudantes universitários, intervenção baseada em programas de *mindfulness* como o MBSR e/ou MBCT, ser realizada de forma presencial e apresentar o ECR como delineamento de pesquisa. Dois revisores realizaram a seleção dos estudos de forma independente e as discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor. A coleta dos dados foi realizada a partir da elaboração de uma tabela especificamente construída para tal contendo as informações pertinentes para a compreensão dos estudos.

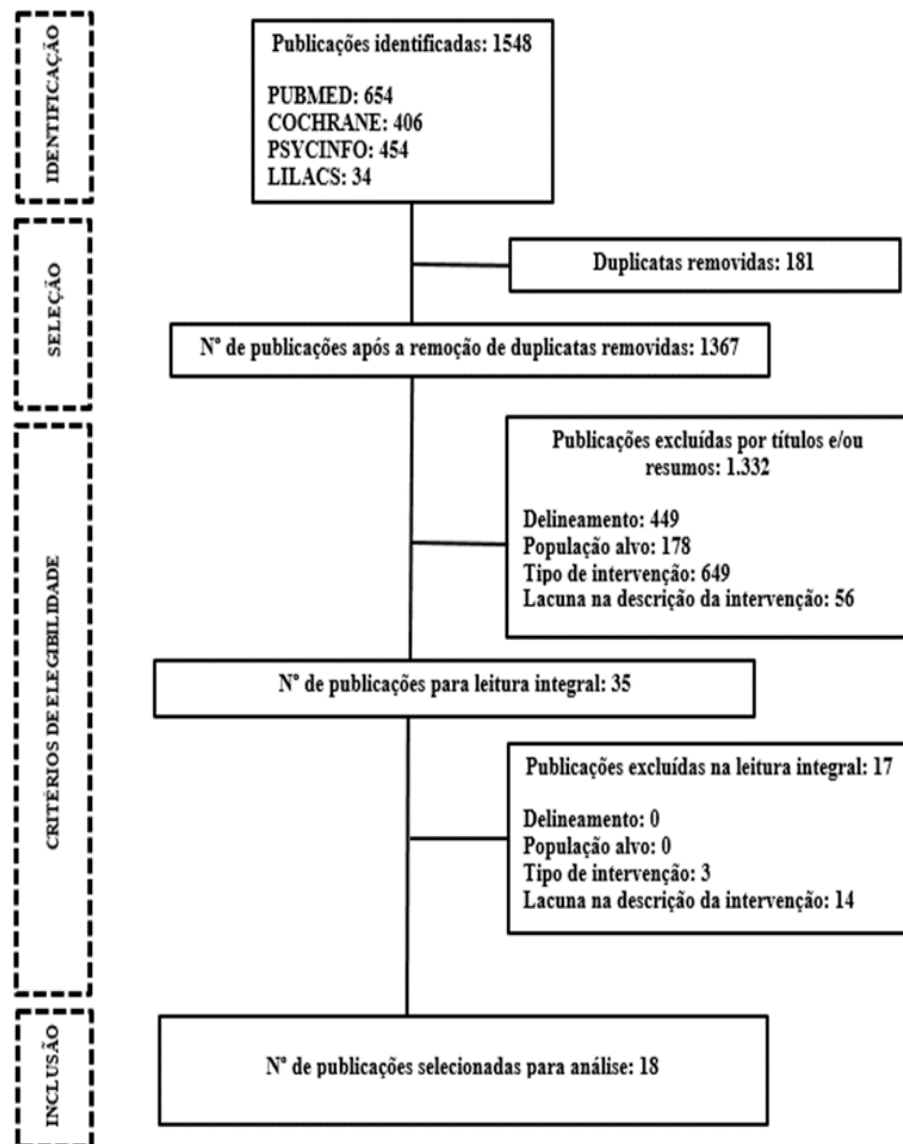
A avaliação da qualidade metodológica de cada um dos estudos foi realizada a partir das orientações contidas no Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções (Higgins et al., 2019). Para tal, foi utilizada uma ferramenta de avaliação de risco de viés, que contempla cinco dimensões importantes nos ensaios clínicos randomizados: viés decorrente do processo de randomização, viés devido a desvios das intervenções pretendidas, viés devido à falta de dados de resultados, viés na medição do resultado e viés na seleção do resultado relatado.

A ferramenta possui perguntas de sinalização, que visam a fornecer uma abordagem estruturada, a fim de obter informações relevantes para uma avaliação do risco de viés. As opções de resposta para os julgamentos são: sim, provavelmente sim, provavelmente não, não e nenhuma informação. Depois que as perguntas de sinalização foram respondidas, o próximo passo foi o julgamento de risco de viés e atribuição das seguintes opções a cada domínio: baixo risco de viés, algumas preocupações e alto risco de viés.

Dois autores avaliaram os estudos de forma independente. O procedimento adotado foi compreender as indicações disponíveis na ferramenta de avaliação, localizar os dados pertinentes nas publicações e analisar e atribuir julgamento pautado nas recomendações. Os resultados das avaliações dos autores foram comparados e os desacordos foram discutidos a fim de sanar as diferenças. Em seguida, uma tabela com os resultados dos julgamentos foi produzida e se encontra na seção de resultados deste trabalho.

5.3 Resultados

As buscas sistematizadas recuperaram um total de 1.548 publicações sobre as intervenções baseadas em *mindfulness* em estudantes universitários. A maior parte dos trabalhos foi excluída em função do tipo de intervenção aplicada e pelo fato de os estudos não elucidarem o conteúdo e o embasamento dos programas. Restaram 18 publicações para análise comparativa, sumarização e discussão para responder à questão de pesquisa. O Fluxograma 1 apresenta o processo de seleção e de exclusão dos estudos.



A análise das 18 publicações permitiu observar que as intervenções baseadas em *mindfulness* estão bastante difundidas. A amostra dos estudos foi composta por 1.344 estudantes universitários, sendo que quatro estudos privilegiaram alunos dos cursos de ciências da saúde (Neto, Lucchetti, Silva, Ezequiel, & Lucchetti, 2020; Kuhlmann et al., 2016; Song & Lindquist, 2015; Jain et al., 2007) e os demais foram mais abrangentes e diversificados no que se refere às outras áreas do conhecimento. Em relação à idade dos participantes, a maior parte dos estudos relatou essa variável apontando que a faixa de idade estava entre 17 e 60 anos. Em relação ao gênero, foi observado que não houve restrição quanto a essa variável e que as

amostras foram predominantemente femininas, variando de 65 a 100%. Apenas um estudo empregou amostra clínica privilegiando alunos com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (Gu et al., 2018) e um outro focou em estudantes que enfrentavam problemas relativos ao perfeccionismo (James & Rimes, 2018). Dois estudos mencionaram retribuição pela participação dos alunos como créditos acadêmicos e gratificação monetária (Erogul et al., 2014; Oman, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008).

As intervenções empregadas foram majoritariamente o protocolo MBSR presente em 13 estudos (Neto et al., 2020; Yin et al., 2018; Sampl et al., 2017; Van Dijk et al., 2017; Danilewitz et al., 2016; Kuhlman et al., 2016; Song & Lindquist, 2015; Erogul et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Berghamns, Tarquinio, & Kretsch, 2010; Oman et al., 2008; Kang, Choi, & Ryu, 2009; Jain et al., 2007) e o protocolo MBCT presente em cinco estudos (Assumpção et al., 2019; James & Rimes, 2018; Gu et al., 2018; Phang, Mukhtar, Ibrahim, Keng, & Sidik, 2015; Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Manas, 2014). Uma parte dos estudos operou modificações nos protocolos originais no que se refere ao número de sessões e ao tempo de duração delas (Neto et al., 2020; Danilewitz et al., 2016; Kuhlman et al., 2016; Erogul et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Oman et al., 2008; Kang et al., 2008; Jain et al., 2007; Assumpção et al., 2019; Gu et al., 2017; Phang et al., 2014; Gallego et al., 2014).

Todos os estudos tinham controles, em grande parte, do tipo de lista de espera (Assumpção et al., 2019; Yin et al., 2018; Gu et al., 2018; Sampl et al., 2017; Van Dijk et al., 2017; Danilewitz et al., 2016; Song & Lindquist, 2015; Erogul et al., 2014; Phang et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Berghamns et al., 2010; Kang et al., 2008). Uma parte dos estudos ofereceu oportunidade de participação aos controles após o encerramento das intervenções com o grupo experimental (Neto et al., 2020; Assumpção et al., 2019; Sampl et al., 2017; Gu et al., 2017; Danilewitz et al., 2016; Kuhlman et al., 2016; Song & Lindquist, 2015; Phang et al., 2014) e outros estudos não esclareceram essa informação (Yin et al., 2018; Van Dijk et al., 2017; Erogul

et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Kang et al., 2008). Em seis estudos, houve grupos controles ativos com intervenções variadas como informações técnicas sobre o curso de graduação, atividades baseadas em Terapia Cognitivo-Comportamental, Relaxamento Autogênico, atividades de Educação Física, Programa de 8 Pontos Eraswan e o Relaxamento Muscular (Neto et al., 2020; James et al., 2018; Kuhlman et al., 2016; Gallego et al., 2014; Oman et al., 2008; Jain et al., 2007).

Em 11 estudos, a formação profissional dos instrutores foi explicitada bem como a sua prática pessoal (Assumpção et al., 2019; James et al., 2018; Gu et al., 2017; Sampl et al., 2017; Van Dijk et al., 2017; Danilewitz et al., 2016; Kuhlman et al., 2016; Song & Lindquist, 2015; Erogul et al., 2014; Phang et al., 2014; Gallego et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Kang et al., 2008; Jain et al., 2007). Os estudos de James e Rimes (2018) e de Van Dijk et al. (2017) enfatizaram o seguimento das Diretrizes de Boas Práticas para o Ensino de *Mindfulness* MBI-TAC (Crane et al., 2013) em seus trabalhos. Todos os estudos, em distintos graus de detalhamento, apresentaram os componentes essenciais dos programas, permitindo conhecer os conteúdos, as práticas e observar o que foi suprimido e/ou adaptado em relação ao protocolo original.

A maior parte dos estudos recomendou a prática em casa com o provimento de áudios de meditação guiada e diários para o monitoramento da atividade. A duração e a frequência das práticas apresentaram variações entre os estudos com práticas guiadas de 10 a 30 minutos de uma a três vezes por dia, mas alguns trabalhos não aclararam esse tipo de informação (Yin et al., 2018; Phang et al., 2014; Kang et al., 2008). Alguns estudos correlacionaram a frequência e a duração das práticas em casa sobre os desfechos em investigação (James & Rimes, 2018; Van Dijk et al., 2017; Erogul et al., 2014; De Vibe et al., 2013).

Os desfechos primários avaliados nos diversos estudos presentes nesta revisão foram, de forma geral, a ansiedade, depressão, estresse e *mindfulness*. Os instrumentos mais

comumente empregados para mensuração foram a Escala de Estresse Percebido/PSS (Dias, Silva, Maroco, & Campos, 2015), a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse/DASS-21 (Vignola & Tucci, 2014), o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*/FFMQ (Barros, Kozasa, Souza, & Ronzani, 2014) e a Escala de Consciência e Atenção *Mindfulness*/MAAS (Silveira, Castro, & Gomes, 2012). Outras variáveis relacionadas à saúde mental também foram avaliadas, como saúde geral, ruminação, crenças irracionais, perfeccionismo e burnout. Instrumentos variados como Questionário de Saúde Geral (Sterling, 2011), Questionário de Resposta a Ruminação (Trapnell & Campbell, 1999), Questionário de Perfeccionismo Clínico (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003) e o Inventário Maslach de Burnout (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap, & Kladler, 2001) foram utilizados para medir tais construtos. Os estudos, ainda, avaliaram medidas como autoeficácia, empatia, autocompaixão, altruísmo, resiliência, satisfação com a vida, perdão, esperança e bem-estar. Os instrumentos de medida para tais construtos estão disponíveis na Tabela 2.

A maioria dos estudos analisados encontrou resultados significativos em suas investigações na população de estudantes universitários. Entretanto, alguns trabalhos relataram desfechos moderados e inconclusivos. Três estudos observaram diminuição nos sintomas de depressão, estresse e ansiedade simultaneamente (Song & Lindquist, 2015; Gallego et al., 2014; Berghamns et al., 2010) e um estudo observou melhora significativa apenas nos sintomas depressivos (Assumpção et al., 2019). No que se refere aos sintomas de estresse, 11 estudos observaram redução sintomática significativa ou moderada (Yin et al., 2018; James & Rimes, 2018; Gu et al. 2017; Sampl et al., 2017; Danilewitz et al., 2016; Erogul et al., 2014; Phang et al., 2014; Gallego et al., 2014; Berghamns et al., 2010; Oman et al., 2008; Kang et al., 2008), dois relataram não terem encontrado diferenças (Neto et al., 2020; De Vibe et al., 2013), um apontou a estabilidade dos níveis dessa medida (Sampl et al., 2017) e outro relatou que seus resultados foram inconclusivos (Kuhlman et al., 2016). Quanto à ansiedade, quatro estudos

relataram uma diminuição significativa desses sintomas (Gallego et al., 2014; Song & Lindquist, 2015; Kang et al., 2009; Jain et al., 2007).

No que se refere à avaliação de outras medidas, sete estudos observaram aumento dos níveis de atenção plena (Sampl et al., 2017; Van Dijk et al., 2017; Danilewitz et al., 2016; Song & Lindquist, 2015; Phang et al., 2014; De Vibe et al., 2013; Berghamns et al., 2010) e três estudos identificaram alterações nas medidas de autocompaixão (Phang et al., 2014; Erogul et al., 2014; Berghamns et al., 2010). Não foram identificadas alterações em outras variáveis como resiliência (Erogul et al., 2014), esperança (Song & Lindquist, 2014), burnout (De Vibe et al., 2013) e experiência espiritual (Jain et al., 2007).

As avaliações de seguimento dos estudos que empregaram tal recurso mostraram que, em geral, os ganhos foram mantidos. O trabalho de Van Dijk et al. (2017) encontrou redução nos níveis de angústia e das cognições disfuncionais e aumento moderado de saúde mental positiva na satisfação com a vida e habilidades de atenção plena durante o acompanhamento de 20 meses. O estudo de James e Rimes (2018) observou diminuição das crenças inúteis, ruminação, estresse e depressão, e aumento da atenção plena, autocompaixão e descentralização no pós-teste e no seguimento de 10 semanas. O trabalho de Berghmans, Tarquinino e Kretesch (2010) identificou redução nos sintomas de estresse e manutenção dos ganhos nos dois meses seguintes. Gu et al. (2017) observaram que as mudanças nos sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade permaneceram estáveis após três meses do encerramento da intervenção. O estudo de Assumpção et al. (2019) encontrou redução significativa nos níveis de depressão e aumento da qualidade de vida no pós-tratamento, que foram mantidos no acompanhamento de três meses. O trabalho de Erogul et al. (2014) identificou redução do estresse na conclusão do estudo, mas não aos seis meses pós-estudo. Todos os dados referentes aos estudos que compõem este trabalho de revisão sistemática estão disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2

Características dos estudos

Estudo	Características da Amostra e Critérios de Elegibilidade	Delineamento	Intervenção	Desfecho Final	Principais Resultados (p valor /tam. efeito)
Damião Neto et al. (2020)	141 estudantes de Medicina Inclusão: ter pelo menos 18 anos e matriculado no primeiro ano de medicina. Exclusão: não preencher todos os questionários, não assinar o termo de consentimento.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: informações básicas sobre o curso de Medicina. Randomização simples, pré e pós-teste, seguimento de oito semanas.	MBSR (seis sessões x duas horas) grupos grandes (45 alunos). Instrutor com prática pessoal, sem informação sobre formação profissional.	Índice de Religião Duke DASS-21 WHOQOL-BREF FFMQ	mindfulness p=0,06 /d=0,02 depressão p=0,26 /d=0,01 ansiedade p=0,58 /d=0,04 estresse p=0,47 /d=0,09 qualidade de vida nas dimensões: física p=0,87 /d=0,01 psicológica p=0,32 /d=0,14 social p=0,39 /d=0,01 ambiente p=0,74 /d=0,05
Assumpção et al. (2019)	125 estudantes Inclusão: matriculado, ambos os gêneros, entre 17 e 60 anos, sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Exclusão: transtornos psiquiátricos graves, prática prévia de mindfulness.	ECR: dois grupos GE: MBCT e GC: WL Randomizado, pré e pós-teste, seguimento de 3 meses.	MBCT (6 sessões x 90min) *Instrutores: treinamento em mindfulness e prática pessoal.	BDI-II BAI PSS PCS RSES	redução depressão p=0,05 aumento da QV p=0,05
James et al. (2018)	65 estudantes Inclusão: estudante, >18 anos, perfeccionismo disfuncional. Exclusão: ideação suicida significativa, tratamento psicológico para perfeccionismo, dependência de substância ou anorexia nervosa.	ECR: dois grupos GE: MBCT e GC: TCC, randomização, pré e pós-teste, seguimento de 10 semanas.	MBCT (adaptado para o perfeccionismo) (10 semanas x 2hs). TCC Ebook *Instrutor experiente em MBCT. Áudios e diários.	Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost CPQ/DASS /FFMQ/ B)/ SCS /Experiências Descentralização/ Respostas à Ruminação	redução das crenças inúteis (p=0,00), ruminação (p=0,01) estresse (p=0,00) e depressão (p=0,01 e aumento da atenção plena (p=0,00), autocompaixão (p=0,00) descentralização (p=0,01).
Ying et al. (2018)	38 estudantes *Sem menção sobre critérios de elegibilidade e curso universitário.	ECR: dois grupos GE: MBSRs e GC: WL, randomização simples, pré e pós-teste sem menção de follow-up.	MBSR de 8 semanas *Sem menção sobre instrutores.	Inventário de Estresse na Vida Estudantil PSS	redução na resposta aos estressores estudantis (p =0,01) estresse percebido (p=0,05).
Van Dijk et al. (2017)	167 estudantes Inclusão: sem menção. Exclusão: <18 anos; não falar holandês; participação anterior no MBSR.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL, randomização simples, pré e pós-teste com acompanhamento de 20 meses.	MBSR (8 semanas x 2hs). *Instrutores: professores do curso de graduação não envolvidos no currículo acadêmico.	BSI MHC-SF LiSat-9 Escala de Jefferson de Empatia FFMQ IBI	angústia p = 0,03 / d=0,20 cognições disfuncionais p=0,05 / d=0,18 saúde mental positiva p=0,00 / d=0,44 satisfação com a vida p=0,01 / d=0,51 mindfulness p=0,05 / d=0,35

Sampl et al. (2017)	109 estudantes Inclusão: sem menção..Exclusão: transtornos psiquiátricos, usuário de substâncias ativas.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL, randomização simples, pré e pós-teste sem menção de seguimento.	MBSR (10 semanas x 2h) *Instrutor: treinador experiente usando palestras, trabalho em grupo e exercícios guiados.	MAAS Questionário de Autoliderança PSS Inventário de Ansiedade Alemão Escala de Eficácia de Pintrich e De Groot	atenção p=0,00 / d=0,68 autoliderança p=0,02 / d=0,73 autoeficácia p=0,02 / d=0,54 ansiedade p=0,01/d=0,96 desempenho acadêmico p=0,00 / d=0,63
Gu et al. 2017	27 estudantes Inclusão: estudante, atender aos critérios para o TDAH .Exclusão: Presença de outros transtornos psiquiátricos.	ECR: dois grupos GE: MBCT e GC: WL , randomização equilibrada, pré e pós-teste com seguimento de 3 meses.	MBCT adaptado para o TDAH 6 semanas /1h . *Instrutores: psiquiatras especializados em TDAH e instrutores de MBCT.	CAARS-S MAAS Desempenho Neuropsicológico	desatenção p=0,00, hiperatividade p= 0,00 mindfulness p=0,00 / d=1,06
Danilewitz et al. 2016	30 estudantes *Sem menção sobre critérios de elegibilidade.	ECR: dois grupos GC: MBSR e GC: WL .	MBSR 8 Sessões / 1-1,5 h Instrutores: Formação profissional em MBSR.	DASS-21 Escala de Jefferson de Empatia FFMQ SCS Adapted Altruism Scale	estresse p=0,01 / d=0,33 autocompaixão p=0,02 / d=0,38 altruísmo p=0,00 / d=0,65 facetas descrever p=0,05 / d= 0,63 faceta não-reação p=0,03 / d=0,21
Kuhlmann et al. 2016	80 estudantes Medicina + Odontologia *Sem menção sobre critérios de elegibilidade.	ECR: três grupos GE: MedMind, e GE: Autogenic Tranning e GC: WL , randomização estratificada, pré e pós-teste com seguimento de 1 ano.	MBSR 5 semanas 90min . Autogenic Tranning: Método Shult. Instrutores: psicólogos experientes nas intervenções.	TICS Brief COPE BSI	estresse p=0,25 estratégias de enfrentamento p=0,23 sofrimento psicológico p=0,02
Song & Lindquist 2015	50 estudantes de enfermagem Inclusão: estudante ativo.Exclusão: nunca ter praticado mindfulness, não utilizar medicação regular, sem transtornos psiquiátricos.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL , randomização simples, com pré e pós-teste.	GE: MBSR Padrão 8 semanas / 2h duração GC: WL Instrutores com treinamento formal.	DASS-21 MAAS	depressão p = 0,00 , ansiedade p = 0,02 , estresse p = 0,01 . mindfulness p = 0,01 .
Phang et al. 2014	75 estudantes de Medicina Inclusão: participar de 80% do programa. *Não há menção sobre critérios de exclusão.	ECR: dois grupos GE: Mindful-Gym e GC: WL , randomização estratificada, com pré e pós-teste, sem menção de seguimento.	MBSR cinco semanas. Instrutores com treinamento formal.	MAAS PSS Escala de Autoeficácia	mindfulness p = 0,04 / f=0,06 autoeficácia p = 0,00 / f=0,21 estresse p = 0,00 / f=0,10
Erogul et al. 2014	58 estudantes *Sem menção sobre critérios de elegibilidade.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL , randomização simples, pré e pós-	MBSR 8semanas / 75min	PSS SCS Escala de Resiliência	autocompaixão p=0,00 / d=0,89 estresse p = 0,03 / d=0,62 resiliência p=0,34 / d=0,27

		teste, com seguimento de 6 meses.	Instrutores com treinamento formal.		
Gallego et al. 2014	125 estudantes Inclusão: sem menção. Exclusão: não aceitar assinar o consentimento informado, não comparecer ao programa menos de 80% de sessões .	ECR: dois grupos GE: MBCT e GC: EF .	MBCT: 8 sessões / 1 h EF: 8 sessões /1 h *Instrutores: treinamento profissional em ambas intervenções.	DASS-21	depressão p 0,05 / d=0,60 ansiedade p=0,01 / d=0,31 estresse p=0,05 / d=0,66
De Vibe et al. 2013	288 estudantes *Sem critérios de exclusão, intervenção para promoção de saúde.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL , randomização simples, pré e pós-teste, sem menção de seguimento.	MBSR 6 semanas /1,5h . *Instrutor com experiência em meditação.	GHQ12 MBI PMSS BES FFMQ	sofrimento mental p= 0,00 / H=0,65 bem-estar p=0,00 / H=0,40 faceta não reação p=0,00 / H=0,33 estresse p=0,21/ H=0,17 burnout p=0,20 /H=0,14
Berghmans et al. 2010	19 estudantes *Sem menção de critérios específicos.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL , randomização simples, pré e pós-teste, sem menção de seguimento.	MBSR 8 semanas / 2,5h . *Sem menção sobre instrutor.	PSS GHQ HAD	estresse p=0,00 ansiedade p= 0,02 depressão p= 0,00 saúde geral p=0,00 insônia p=0,00 disfunção social p= 0,03 sintomas físicos p=0,03
Oman et al. 2008	44 estudantes Inclusão: alunos matriculados. Exclusão: sem menção.	ECR: três grupos GE1: MBSR, GE2: EPP e GC: WL , randomização simples, pré e pós-teste com seguimento de oito semanas.	MBSR oito/ semanas / 90min . EPP oito/ semanas / 90min. *Sem menção sobre o instrutor.	PSS Questionário de Ruminação e Reflexão Escala Heartland de Perdão	estresse p <,05 /d= - ,45 perdão p<0,05 / d = 0,34 ruminação p<0,10 /d =0,34
Kang et al. 2008	41 estudantes Inclusão: matriculado. Exclusão: histórico de doença mental.	ECR: dois grupos GE: MBSR e GC: WL , randomização simples, pré e pós-teste com seguimento de 10 semanas.	MBSR 8 semanas /2h . *Instrutor: treinamento profissional em mindfulness e prática pessoal de 8 anos.	PWI-SF STAI BDI	estresse p=0,02 F=6,14 ansiedade p=0,01 F=6,98 depressão p=0,056 t=1,98
Jain et al. 2007	83 estudantes de Medicina e Enfermagem Inclusão: matriculado, identificar-se como sob estresse significativo, participar do retiro de um dia. Exclusão: sem menção.	ECR: três grupos: GE: MBSR, GC: SR, GC: WL , randomização estratificada, com pré e pós-teste, sem menção sobre seguimento.	MBSR 4 semanas /1,5h Intervenção SR: Instrutores com treinamento formal.	BSI PSOM INSPIRIT—R	pensamentos distrativos p=0,04 / d=0,25 pensamentos ruminativos p=0,01 /d=0,57 estados mentais positivos p=0,01 /d=0,71 experiência espiritual p=0,58 /d=0,06

Notas: ECR: Ensaio Clínico Randomizado; GE: Grupo Experimental; GC: Grupo Controle; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy; WL: Lista de espera; p: p valor; d: tamanho do efeito d de Cohen; H: tamanho do efeito H de Hedges.

No que se refere aos resultados da avaliação individual da qualidade metodológica dos estudos que compõem esta revisão sistemática, apenas duas publicações foram consideradas como tendo baixo riscos de viés em todos os cinco domínios (Assumpção et al., 2019; James & Rimes, 2018). Todos os outros estudos tiveram a classificação “algumas preocupações” em mais de um domínio e um estudo obteve a classificação “alto risco de viés” em um domínio específico (Erogul et al., 2008). Em relação à classificação geral dos estudos, nenhum dos cinco domínios obteve classificação do tipo “baixo risco de viés”, sendo que a maioria dos domínios permaneceu classificada como tendo “algumas preocupações”. Os resultados relativos à avaliação do risco de viés estão disponíveis na Tabela 3.

Tabela 3

Avaliação do risco de viés

Estudo	1. Viés decorrente do processo de randomização	2. Viés devido a desvios das intervenções pretendidas	3. Viés na medição do resultado	4. Viés devido à falta de dados de resultados	5. Viés na seleção do resultado relatado
Damião Neto et al. 2020	baixo	preocupações	baixo	baixo	baixo
Assumpção et al. 2019	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo
James et al. 2018	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo
Ying et al. 2018	preocupações	preocupações	preocupações	preocupações	preocupações
Sampl et al. 2017	preocupações	baixo	baixo	baixo	baixo
Gu et al. 2017	alto	baixo	baixo	baixo	baixo
Van Dijk et al. 2017	baixo	baixo	baixo	baixo	preocupações
Danilewitz et al. 2016	baixo	baixo	preocupações	preocupações	preocupações
Kulhman et al. 2016	baixo	preocupações	preocupações	alto	baixo
Gallego et al. 2014	preocupações	preocupações	baixo	preocupações	baixo
Phang et al. 2014	baixo	alto	baixo	baixo	baixo
Song & Lindquist 2015	baixo	baixo	preocupações	preocupações	preocupações
Erogul et al. 2014	baixo	alto	preocupações	alto	preocupações
De Vibe et al. 2013	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo
Berghmans et al. 2010	preocupações	preocupações	preocupações	preocupações	baixo
Oman et al. 2008	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo
Kang et al. 2008	baixo	baixo	baixo	alto	baixo
Jain et al. 2007	baixo	preocupações	preocupações	baixo	preocupações

5.4 Discussão

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sistemática, a fim de responder à questão acerca das intervenções baseadas em *mindfulness* e seus impactos na saúde mental e na qualidade de vida de estudantes universitários quando comparadas a outras intervenções. Os

resultados apontaram que, em geral, tais intervenções são eficazes e em relação às demais propostas testadas.

Dentre os 18 estudos avaliados, a maior parte identificou mudanças estatisticamente significativas nas variáveis de análise. De forma geral, os trabalhos foram capazes de detectar redução nos sintomas de estresse, ansiedade, depressão, ruminação, desatenção/hiperatividade, perfeccionismo e aumento dos níveis de atenção plena, afetos positivos, altruísmo, autoeficácia e autocompaixão. As publicações variaram no tamanho do efeito dos resultados encontrados. Todavia, considerando as diferenças relativas ao local, instrutor, instrumentos e pequenas mudanças no conteúdo dos programas, tal variação é previsível.

No conjunto dos estudos analisados, seis trabalhos empregaram metodologia com grupos controles ativos que permitiram comparar intervenções, além de serem importantes para ajudar a elucidar os mecanismos mais específicos atuantes na mudança psicológica (Neto et al., 2020; James & Rimes, 2018; Kuhlman et al. 2016; Gallego et al. 2014; Oman et al. 2008; Jain et al. 2007). Os resultados desses estudos apontaram, no nível mais básico, a eficácia das intervenções baseadas em *mindfulness* em comparação com as outras intervenções testadas. O trabalho de James e Rimes (2018), com estudantes universitários com dificuldades relativas ao perfeccionismo, apontou mudanças significativas nas variáveis de crenças inúteis sobre emoções, ruminação, atenção plena, autocompaixão e descentramento, que contribuíram para modular os prejuízos diários causados pelo perfeccionismo. As mudanças pré/pós nos níveis de autocompaixão mostraram que o desenvolvimento de tal atitude mediou significativamente os impactos da ruminação presentes no perfeccionismo clínico. Os autores relataram que o protocolo MBCT, empregado no estudo, é uma intervenção promissora para alunos perfeccionistas com efeitos mais proeminentes quando comparados à TCC. A intervenção baseada na TCC foi fornecida na forma de um e-book escrito pelos autores, exclusivamente, para utilização no estudo e, especificamente, criada para uso em um formato de autoajuda

fundamentado no modelo teórico da TCC e do perfeccionismo (Shafran, Egan, & Wade, 2018). Exercícios foram incluídos ao longo do material, no intuito de encorajar a aplicação de informações e aprendizagem às próprias circunstâncias individuais dos participantes. Nesse sentido, julga-se primordial refletir se a intervenção baseada na TCC tivesse ocorrido na forma de encontros face a face, assim como foi com a intervenção do programa MBCT, se os desfechos teriam sido distintos. Essa indagação reforça a importância de desenvolvimento de estudos futuros com grupos com intervenções equivalentes a fim de sanar esta dúvida.

No que se refere mais especificamente à variável ruminação, esta pode ser entendida como um pensamento repetitivo sobre si mesmo, seus problemas e sentimentos, sendo que estudos mostraram que a ruminação está associada ao aumento do sofrimento subsequente (Lo, Ho, & Hollon, 2010). O estudo de James e Rimes (2018) corrobora os achados sobre ruminação de Jain et al. (2007) e de Oman et al. (2008), apesar de esse último ter observado resultados moderados para essa variável. O estudo de Jain et al. (2007) observou que tanto o grupo experimental (*mindfulness*) como o grupo controle (relaxamento) apresentaram melhora nas variáveis analisadas. Porém, apenas os participantes do grupo *mindfulness* tiveram mudanças na redução das cognições distrativas e ruminativas com impactos positivos em bem-estar. O trabalho de Oman et al. (2008) avaliou os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* fundamentada no modelo do MBSR, do Programa de Oito Pontos Easwaran (EPP) e mais um grupo do tipo lista de espera em estudantes universitários nas seguintes variáveis: estresse, ruminação, perdão e esperança. Os autores não observaram diferenças pós-tratamento entre MBSR e EPP e no acompanhamento de oito semanas. No entanto, é preciso considerar que ambas as intervenções testadas empregaram práticas de regulação atencional similares e que são consideradas como dois fortes exemplos de gerenciamento de estresse via meditação. Uma das hipóteses do estudo era de que ambas as intervenções produziram resultados similares, o que foi verificado. Na comparação com os controles em lista de espera, ambos os programas

apontaram benefícios significativos para o estresse e benefícios moderados para ruminação. Para Jain et al. (2007), as reduções nas cognições ruminativas podem ser explicadas pela regulação atencional resultantes das práticas de *mindfulness*, já que estas cultivam uma percepção momento a momento sem julgamentos tanto dos estímulos internos quanto dos externos. O desenvolvimento dessa habilidade resultaria na capacidade de redirecionar a atenção para o momento presente ao invés de se perder em pensamentos sobre experiências passadas ou futuras com a consequente afetação do humor. Tais conclusões apontam para um potencial mecanismo de ação específico das práticas de *mindfulness*, visto que esses resultados não foram observados nos grupos controles (James et al., 2018; Oman et al., 2008; Jain et al., 2007).

O trabalho de Gallego et al. (2014), com estudantes sintomáticos para depressão, estresse e ansiedade, apontou que tanto os participantes da intervenção baseada em *mindfulness* como os do Programa de Educação Física demonstraram mudanças nas variáveis analisadas. Entretanto, o grupo experimental apresentou mudanças estatisticamente significativas com tamanho de efeito maior especialmente para a variável estresse. Esses resultados corroboram os achados de Oman et al. (2008), que encontraram diferenças significativas no que se refere aos níveis de estresse entre os grupos experimentais e o grupo controle. As conclusões do estudo indicaram que as práticas de *mindfulness* se mostraram eficazes para o gerenciamento desse estado. O estudo de Kuhlmann et al. (2016) empregou uma metodologia de três grupos: MedMind (grupo experimental), Treinamento Autogênico (grupo controle) e mais um grupo de lista de espera para avaliar os efeitos de tais intervenções na saúde mental de estudantes universitários. Os resultados das médias do Índice de Gravidade Global (BSI) indicaram que as intervenções baseadas em *mindfulness* podem contribuir para uma diminuição na morbidade psicológica. Contudo, esse dado deve ser visto com cautela. Foram identificadas altas e seletivas taxas de abandono, mas também altas taxas de participação dos estudantes que deram

continuidade nos programas. Nesse contexto, os autores afirmaram que seus resultados são inconclusivos, mas suficientes para indicar a importância de mais estudos sobre esse tema.

As intervenções baseadas em *mindfulness* desenvolvidas no contexto do ensino superior como estratégias de prevenção e promoção em saúde mental, apresentaram resultados promissores, mas que devem ser analisados de forma crítica, o que não diminui os seus méritos. O presente estudo identificou, inicialmente, 1.548 publicações sobre intervenções baseadas em *mindfulness* em estudantes universitários, o que revela um interesse expressivo nessa área. Dentre os trabalhos encontrados, havia estudos com metodologias inadequadas para os seus fins, intervenções que não esclareciam os componentes ativos dos programas e instrutores que não tinham as suas credenciais explicitadas. Quando se deseja verificar se algo funciona, para quem funciona e por quanto tempo os ganhos permanecem, a metodologia dos ensaios clínicos randomizados se mostra como a mais adequada. Os critérios de elegibilidade adotados neste estudo reduziram o número de estudos para análise, porém, permitiram a comparação entre eles e a extração de conclusões importantes.

Além da questão metodológica, que contribuiu para a exclusão de grande parte de estudos deste trabalho de revisão, a natureza das intervenções baseadas em *mindfulness* foi outro forte critério de exclusão. As práticas de *mindfulness* são originárias das tradições seculares orientais como o budismo. Elas foram manualizadas e difundidas no ocidente como intervenções em saúde por Kabat-Zinn (2003). Muitos estudos, que almejavam avaliar os efeitos de *mindfulness*, não apresentam com clareza o que entendem por *mindfulness*, não explicitam os componentes de seus programas e não mencionam em que referencial as suas intervenções estavam baseadas, isto é, se estavam mais ligadas às tradições ou aos programas de *mindfulness* em saúde. Essa lacuna de informação prejudica a comparação dos resultados, visto que impede saber se está comparando tratamentos similares. Logo, para este estudo, foram aceitas somente

as publicações que esclareceram o conceito de *mindfulness* adotado, que apresentaram os conteúdos das intervenções e que apontaram o programa adotado ou no qual se basearam.

Outra questão observada na condução deste estudo de revisão sistemática se refere às credenciais dos instrutores de *mindfulness*. Em geral, os estudos que não apresentaram com clareza as informações sobre a natureza de suas intervenções, também não apresentaram descrições sobre a formação, a prática, as habilidades e as competências dos instrutores. Se as práticas de *mindfulness* possuem mecanismos específicos atuantes na mudança psicológica, os instrutores precisam ser conhecedores de tais mecanismos e capazes de conduzi-los (Crane et al. 2013; Huijbers et al. 2017). Além disso, estudos que avaliam os efeitos de suas intervenções precisam se preocupar com esses três componentes: o conteúdo, a forma da intervenção e a competência daquele que a conduz. Das 18 publicações analisadas, apenas três estudos não mencionaram as credenciais do instrutor. Em todos os outros estudos, os instrutores tinham formação específica nos programas MBSR e/ou MBCT, prática pessoal e conhecimento das Diretrizes para o Ensino de *Mindfulness* da Rede Britânica de *Mindfulness* (Crane et al., 2013).

Um outro aspecto presente em boa parte dos estudos analisados se refere às particularidades da população estudada, os estudantes universitários, que possuem características facilitadoras e dificultadoras no que se refere às atividades de pesquisa. Berghmans et al. (2010) apresentaram duas considerações interessantes: adesão à abordagem terapêutica e o compromisso com ela. Para os autores, em geral, os estudantes universitários são interessados em atividades terapêuticas que ajudem a lidar com as suas dificuldades. No entanto, como não constituem uma população clínica, os níveis de compromisso, engajamento e adesão são diferentes de uma população que está em uma situação de doença. No estudo de Berghmans et al. (2010), a adesão com a intervenção (não perder sessões) e o compromisso com ela (fazer as práticas em casa) foram classificadas como regulares. Os trabalhos de Neto et al. (2020) e de Erogul et al. 2014) encontraram resultados similares e o estudo de Kuhlmann

et al. (2016) relata que seus resultados devem ser analisados com cautela devido ao alto número de *drop-outs*. Esses achados realçam a importância de mensurar a adesão e o compromisso dos participantes em relação à intervenção. Os resultados apontaram que, em geral, estudantes são mais entusiasmados do que compromissados (Berghmans et al., 2010). Porém, aqueles que se dedicam aos programas e destinam mais tempo às práticas obtêm melhores resultados (Jain et al., 2007; Berghmans et al., 2010; Erogul et al., 2014; Sampl et al., 2017; James & Rimes, 2018). Além disso, é preciso ter clareza de que os programas de *mindfulness* não são atividades passivas, uma vez que exigem a incorporação de novos hábitos de vida do indivíduo (Neto et al., 2020; Erogul et al., 2014). Participar de um programa bem planejado e com instrutores preparados é o passo inicial. Todavia, participar das sessões sem praticar em casa compromete a aquisição das habilidades de regulação atencional e emocional bem como os desfechos advindos dessas atividades. Apesar dos estudantes participarem dos grupos, de aprenderem conteúdos e de dividirem experiências, o que é muito importante, a maior parte da sua jornada ocorrerá de forma individual. A responsabilização do aluno é crucial nesse processo. Os estudos de James e Rimes (2018), Van Dijk et al. (2017) e De Vibe et al. (2013) avaliaram a relação entre as práticas em casa e a redução sintomática dos participantes ao final da intervenção. Nesses trabalhos, os autores mediram o número de práticas realizadas e o número de minutos diários dedicados a elas. Os resultados apontaram que quanto maior o tempo e a frequência dedicada às práticas meditativas, maiores os efeitos positivos sobre as variáveis de análise. A frequência, a duração e a qualidade das práticas de *mindfulness* durante o período de intervenção precisam ser mensuradas e analisadas, a fim de serem observados os seus efeitos enquanto um possível mecanismo de mudança. Logo, a metodologia de pesquisa deve ser capaz de medir a prática da atenção plena entre as sessões de tratamento de forma válida (Parsons, Crane, Parsons, Fjorback, & Kuyken, 2017).

Apesar da responsabilização do estudante ser fundamental para que os benefícios das práticas sejam experimentados, como ter clareza da razão de se envolver com as práticas, destinar tempo a elas com a utilização dos áudios e envolvimento com as práticas informais no seu dia a dia, as ações das instituições de ensino também podem contribuir para facilitar o engajamento. Os estudos cujas intervenções foram oferecidas como atividades da grade curricular tiveram melhores resultados na adesão, pois os estudantes tinham um horário específico para participar dos grupos (Danilewitz et al., 2016; James & Rimes, 2018). Entretanto, a participação nesse tipo de atividade não deve ser obrigatória, mas optativa. O trabalho de Neto et al. (2020), com estudantes do primeiro ano de um curso de medicina não encontrou mudanças significativas nas medidas pré/pós de todas as variáveis analisadas. Os autores ressaltaram que colocar uma intervenção dessa natureza de forma impositiva não é indicado.

Os programas MBSR e MBCT, em seus formatos padrão, têm oito sessões com duas horas de duração. Dentre os estudos analisados, alguns diminuíram para cinco ou seis sessões, e o tempo de duração foi reduzido para, em geral, 90 minutos. O trabalho de Jain et al. (2007), com quatro sessões de 90 minutos, alcançou resultados significativos assim como os trabalhos de Sampl et al. (2017) e de James et al. (2018), que, em função de adaptações, elevaram o número de sessões para dez com duas horas de duração. Alguns estudos, por outro lado, reduziram o número de encontros e sessões e encontraram resultados moderados. A literatura aponta que programas com duração de oito semanas são empiricamente validados com evidências robustas, como o MBSR e o MBCT. Além disso, oito semanas é um tempo razoável para aprender uma nova habilidade e inseri-la na vida cotidiana e para que alterações neurais se estabeleçam (Holzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago, & Ott, 2011). Nesse sentido, o ideal é que as intervenções se esforcem para seguir o previsto nos protocolos originais (Dobkin, Hickman, & Monshat, 2014).

Porém, a dinâmica da vida universitária pode se converter em um fator dificultador para essa empreitada. Então, a exemplo dos estudos de James e Rimes (2018) e Danilewitz et al. (2016), a inserção dos programas nas grades curriculares é uma estratégia que pode beneficiar os estudantes. Essa ação, no entanto, requer o envolvimento e a criação de condições para esses fins por parte das instituições de ensino superior. Segundo Neto et al. (2020), falta espaço no currículo, o que dificulta essas iniciativas na maioria das instituições. Uma boa estratégia seria cultivar uma “cultura de consciência plena” nas instituições com formação adequada para alunos e professores com a promoção de iniciativas diferenciadas. Considerando os desafios inerentes à dinâmica da vida universitária, Danilewitz et al. (2016) sugerem que, para além da grade curricular, as intervenções pudessem ser ofertadas em formato online, o que poderia facilitar a adesão dos estudantes que são indivíduos digitalmente mais acessíveis.

5.5 Conclusão

As intervenções baseadas em *mindfulness*, que neste estudo se referem aos programas MBSR e/ou MBCT em seus modelos padrão ou com adaptações, mostraram que, na maior parte das publicações, os resultados encontrados foram significativos ou moderadamente significativos em suas variáveis de análise. Logo, a questão de pesquisa que norteou este trabalho, isto é, se as intervenções baseadas em *mindfulness* produzem impacto na saúde mental e na qualidade de vida de estudantes universitários quando comparadas a outras intervenções, pode ser respondida, de maneira geral, afirmativa. Contudo, algumas questões metodológicas merecem ser cuidadosamente analisadas. A maior parte dos estudos, por exemplo, não empregou comparadores. Sabe-se das dificuldades existentes na condução de ensaios clínicos randomizados, mas comparar uma intervenção com outra é fundamental para avaliar a eficácia delas. Apenas seis dentre as 18 publicações analisadas tiveram um grupo controle ativo. Ainda, poucos estudos citam as avaliações de follow-up, sendo que avaliar os efeitos de uma

intervenção no tempo é importante quando se fala de processos de mudança psicológica, que é um dos objetivos das intervenções baseadas em *mindfulness*. Além disso, apesar de os ensaios clínicos randomizados se constituírem em uma metodologia adequada para a avaliação de intervenções e de existirem diretrizes que norteiam os relatos deste tipo de estudo, as publicações ainda trazem lacunas em seus relatos. Esses hiatos impactam negativamente a confiabilidade nos resultados e a tomada de decisão a partir destes. A recomendação é que os estudos com este tipo de método de investigação sejam bastante claros e completos em suas narrativas, a fim de contribuir satisfatoriamente com o avanço científico no campo das intervenções baseadas em *mindfulness*.

Este estudo apresenta uma limitação. Para responder à questão que norteou este trabalho foi necessário delimitar com imaleabilidade os estudos incluídos. Investigações com metodologias diferentes do ECR não puderam ser incorporados, apesar de serem fontes de dados importantes também. Pesquisas futuras podem direcionar os seus esforços para estudos que empregaram métodos distintos a fim de contribuir para o desenvolvimento científico do campo. Apesar do seu limite, este trabalho apresenta benefícios como o realce de aspectos significativos das intervenções baseadas em *mindfulness* em ambientes acadêmicos. Os dados apontaram que tais programas podem se tornar recursos importantes para a redução dos sintomas psicopatológicos e para a promoção da qualidade de vida dos estudantes. Isto poderia contribuir para uma formação profissional de maior excelência por contemplar também as necessidades emocionais dos indivíduos e aperfeiçoar as suas soft skills, habilidades essenciais ao mundo contemporâneo.

5.6 Referências

Anastasiades, H. M., Kapoor, S., Wootten, J., & Lamis, A. D. (2017). Perceived stress, depressive symptoms, and suicidal ideation in undergraduate women with varying levels of

- mindfulness. *Archives of Womens Ment Health*, 20(1), 129-138 doi.org/10.1007/s00737-016-0686-5
- Ansolin, A., Rocha, D., Santos, R., & Dal Pozzo, V. (2015). Prevalência de transtorno mental comum entre estudantes de psicologia e enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(3), 42-45. doi:10.17696/2318-3691.22.3.2015.83
- Assumpção, A. A., Pena, C. S., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for university students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 4(3), 51. doi: 10.4103/2542-3932.263668
- Barraza L, René, Muñoz N, Nadia, Alfaro G, Marco, Álvarez M, Alvaro, Araya T, Valeria, Villagra C, Johan, & Contreras A, Ana María. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 251-260. doi.org/10.4067/S0717-92272015000400005
- Barros, V. V. D., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W. D., & Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the Brazilian version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30, 317-327.
- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Kretsch, M. (2010). Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience mindfulness-based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) chez des étudiants: une étude pilote contrôlée et randomisée. *Journal Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(1), 11-15. doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.03.001
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., Evans, A., Silverton, S., Soulsby, J. G., & Surawy, C. (2013). Development and Validation of the Mindfulness-Based Interventions – Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC). *Assessment*, 20(6), 681–688. doi.org/10.1177/1073191113490790
- Crane, R. S., & Kuyken, W. (2013). The Implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience. *Mindfulness*, 4(3), 246–254. doi.org/10.1007/s12671-012-0121-6

- Danilewitz, M., Bradwejn, J., & Koszycki, D. (2016). A pilot feasibility study of a peer-led mindfulness program for medical students. *Canadian medical education journal*, 7(1), 31-37.
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC medical education*, 13(1), 107.
- Dias, J. C. R., Silva, W. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2015). Escala de Estresse Percebido aplicada a estudantes universitárias: estudo de validação. *Psychology, Community and Health* 4(1), 1–13. doi:10.5964/pch.v4i1.90
- Dobkin, P. L., Hickman, S., & Monshat, K. (2014). Holding the heart of mindfulness-based stress reduction: balancing fidelity and imagination when adapting MBSR. *Mindfulness*, 5(6), 710-718. doi: 10.1007/s12671-013-0225-7
- Erogul, M., Singer, G., McIntyre, T., & Stefanov, D. G. (2014). Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 26(4), 350-356. doi.org/10.1080/10401334.2014.945025
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J., Cangas, A., Langer, Á, & Mañas, I. (2014). Effect of a Mindfulness Program on Stress, Anxiety and Depression in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(109). doi:10.1017/sjp.2014.102
- González-Valero, Gabriel, Félix Zurita-Ortega, José L. Ubago-Jiménez, and Pilar Puertas-Molero. (2019). Use of meditation and cognitive behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety in students: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(22), 4394. doi.org/10.3390/ijerph16224394
- Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(4), 388–399. doi.org/10.1177/1087054716686183

- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. doi.org/10.1177/1745691611419671
- Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 107, 1-10. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.018
- Huijbers, M. J., Crane, R. S., Kuyken, W., Heijke, L., van den Hout, I., Donders, A. R. T., & Speckens, A. E. (2017). Teacher competence in mindfulness-based cognitive therapy for depression and its relation to treatment outcome. *Mindfulness*, 8(4), 960-972. doi.org/10.1007/s12671-016-0672-z
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21. doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801-814. doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-543. doi.or/10.1016/j.nedt.2008.12.00,
- Kuhlmann, S. M., Huss, M., Bürger, A., & Hammerle, F. (2016). Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention

- training (MediMind) in Germany. *BMC medical education*, 16(1), 1-11. doi.org/10.1186/s12909-016-0833-8
- Lemos, V. A., Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 20-29. doi.org/10.1590/S1414-98932011000100003
- Lo, C. S. L., Ho, S. M. Y., & Hollon, S. D. (2010). The effects of rumination and depressive symptoms on the prediction of negative attributional style among college students. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 116-123. doi.org/10.1007/s10608-009-9233-2
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7). doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097
- Neto, A. D., Lucchetti, A. L. G., da Silva Ezequiel, O., & Lucchetti, G. (2020). Effects of a required large-group mindfulness meditation course on first-year medical students' mental health and quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*, 35(3), 672-678. doi.org/10.1007/s11606-019-05284-0
- Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of american college health*, 56(5), 569-578. doi.org/10.3200/JACH.56.5.569-578
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5(1), 210-220. doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4
- Padovani, R. D. C., Neufeld, C. B., Maltoni, J., Barbosa, L. N. F., Souza, W. F. D., Cavalcanti, H. A. F., & Lameu, J. D. N. (2014). Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 02-10. doi.org/10.5935/1808-5687.20140002
- Phang, C. K., Mukhtar, F., Ibrahim, N., Keng, S. L., & Sidik, S. M. (2015). Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the

- Mindful-Gym randomized controlled study. *Advances in Health Sciences Education*, 20(5), 1115-1134. doi.org/10.1007/s10459-015-9591-3
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: Current research status and future directions. *Australian Psychologist*, 47(3), 147-155. doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, 95, 29-41. doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004
- Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 148(1), 1-11. doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026
- Sampl, J., Maran, T., & Furtner, M. R. (2017). A randomized controlled pilot intervention study of a mindfulness-based self-leadership training (MBSLT) on stress and performance. *Mindfulness*, 8(5), 1393-1407.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & health*, 16(5), 565-582. doi.org/10.1080/08870440108405527
- Shafran, R., Egan, S., & Wade, T. (2018). *Overcoming Perfectionism 2nd Edition: A self-help guide using scientifically supported cognitive behavioural techniques*. Robinson.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (45–65). Guilford Press.
- Silveira, A. D. C. D., Castro, T. G. D., & Gomes, W. B. (2012). Adaptação e validação da Escala Filadélfia de Mindfulness para adultos brasileiros. *Psico-USF*, 17, 215-223. doi.org/10.1590/S1413-82712012000200005

- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35, 86-90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010>
- Sterling, M. (2011). General health questionnaire–28 (GHQ-28). *Journal of physiotherapy*, 57(4), 259.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304. [doi/10.1037/0022-3514.76.2.284](https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284)
- Van Dijk, I., Lucassen, P. L., Akkermans, R. P., Van Engelen, B. G., van Weel, C., & Speckens, A. E. (2017). Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of clinical clerkship students: a cluster-randomized controlled trial. *Academic medicine*, 92(7), 1012-1021. doi.org/10.1097/acm.0000000000001546
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031
- Ying, C., Liu, C. J., He, J., & Wang, J. (2018). Academic stress and evaluation of a mindfulness training intervention program. *NeuroQuantology*, 16(5). [doi:10.14704/nq.2018.16.5.1311](https://doi.org/10.14704/nq.2018.16.5.1311)

6 ESTUDO 2 - ESTUDO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA BASEADO EM MINDFULNESS COMO INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Kênia Izabel David Silva de Resende¹
Maycoln Leôni Martins Teodoro²
Víviam Vargas de Barros³

1. Kênia Izabel David Silva de Resende: psicóloga, instrutora de *mindfulness* e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.
2. Maycoln Leôni Martins Teodoro: psicólogo, orientador e professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.
3. Víviam Vargas de Barros: psicóloga, coorientadora, instrutora e professora do Curso de Formação Profissional em *Mindfulness* do Centro de Promoção de *Mindfulness* (CPM).

Resumo: A partir da década de 1970 o interesse pelas Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) cresceu vertiginosamente em função de uma série de estudos que apontaram desfechos positivos sobre condições médicas e psicológicas. Os resultados favoráveis contribuíram para que as IBM fossem aplicadas também em outros contextos como os organizacionais e educacionais. O Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* é uma intervenção em saúde mental com foco na melhoria da qualidade de vida. É composto por oito sessões, de duas horas de duração cada, direcionado a adultos que queiram aprender a viver melhor ou que sofram com sintomas leves e/ou moderados de depressão, ansiedade e de estresse. O objetivo do presente estudo foi avaliar a viabilidade deste programa para que o mesmo pudesse ser realizado futuramente em maiores proporções em ambientes acadêmicos. Participaram 22 estudantes de Psicologia de dois centros universitários diferentes. A análise de viabilidade foi feita a partir de categorias que apuraram a praticabilidade das estratégias de recrutamento, de triagem, a adequação dos critérios de elegibilidade, adesão a intervenção, assimilação de conteúdo, dentre outros. Os resultados apontaram necessidades de adequações metodológicas e melhorias nas condições de realização do programa. Entretanto, a maior parte dos qualificadores de viabilidade analisados se mostrou factível para um estudo em maior escala, além cogitar o programa como um recurso possível de ser empregado em instituições de ensino superior como intervenção em saúde mental para estudantes universitários.

Palavras-chave: *mindfulness*, estudantes, qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse.

6.1 Introdução

As intervenções cognitivas têm como propósito último melhorar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos. Elas atuam por meio de tarefas e ações repetidas que promovem efeitos cognitivos positivos nas mais diversas áreas do funcionamento humano

como o campo social, laboral e acadêmico (Freitas, Guimarães, & Haase, 2020). O Treino Cognitivo, a Estimulação Mental e a Reabilitação Cognitiva são, no momento, as principais intervenções desta natureza. O Treino Cognitivo, de forma mais específica, pode ser compreendido como uma estratégia interventiva na qual funções cognitivas são treinadas e desenvolvidas. A memória, a atenção, o raciocínio e a velocidade de processamento são exemplos de alvos deste treinamento. Este tipo de intervenção pode assumir o caráter unidomínio, com foco no desenvolvimento de uma habilidade específica ou multidomínio que ocorre quando várias habilidades cognitivas são treinadas simultaneamente (Félix & Mansur-Alves, 2020).

As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) são entendidas como um treino cognitivo multidomínio no qual o treinamento atencional tem lugar de destaque. As práticas meditativas desenvolvem e/ou aprimoram o manejo da atenção em suas diferentes facetas como a atenção sustentada, a atenção seletiva e a capacidade de reorientação e de automonitoramento (Malinowski, 2013). Achados neurobiológicos resultantes dos estudos com ressonância magnética funcional apontaram que áreas cerebrais, envolvidas na regulação atencional, como o córtex cingulado anterior e posterior, o córtex pré-frontal medial, córtex pré-frontal lateral dorsal e os núcleos da base, demonstraram ativações diferenciais durante a prática da atenção plena em meditadores e não meditadores. Além disso, foram observadas diferenças relativas ao estágio do treinamento da prática (Tang, Hölzel, & Posner, 2015).

Apesar do adestramento atencional ser fundamental nas IBM, outros elementos são essenciais neste tipo de intervenção como a intenção e a atitude em relação aos exercícios meditativos. A definição mais comum da atenção plena aponta que se trata de um estado de consciência em que se está atento ao momento presente, de forma intencional e sem o julgamento da experiência (Kabat Zinn, 2003). Nesse sentido, atenção, intenção e atitude atuam de forma integrada e formam o que é conhecido como o axioma de *mindfulness*.

Prestar atenção significa direcionar o foco ao que se passa no momento sendo capaz de observar os estímulos internos e externos que compõe uma vivência. Naturalmente, a atenção será raptada por processos de interpretações, previsões, evocação de memórias e outros eventos mentais que não são a experiência presente em si (Malinowski, 2013; Chiesa, Calati, & Serretti, 2011). Prestar atenção, se distrair, perceber a divagação mental, desengajar dos conteúdos distrativos e conscientemente retornar o foco repetidas vezes, permite o treinamento de uma habilidade chamada de inibição cognitiva (Santos, 2020). Para atingir este objetivo é preciso que haja intenção, ou seja, é importante que o praticante tenha clareza do seu propósito, das razões que o levam a se envolver com as práticas sendo que a realização das mesmas interfere nos desfechos de vários aspectos da vida. Nesse sentido, para que o treino cognitivo em *mindfulness* seja completo, é preciso ter compreensão das intenções, empreender o treino atencional e ainda adotar um conjunto de atitudes (não julgamento, aceitação, paciência, gentileza, compaixão, dentre outras). A integração de todos esses elementos ajuda a evitar a reatividade às experiências desagradáveis, o apego aquelas que são mais aprazíveis, além de desenvolver um manejo mais positivo em relação as próprias dificuldades e sofrimentos (Chiesa, Calati, & Serretti, 2011). Essas três dimensões juntas promovem o mecanismo da re percepção que, por sua vez, envolve outros dispositivos como a autorregulação, clareza de valores, flexibilidade cognitiva, emocional, comportamental e a exposição, que exercem impactos importantes sobre a saúde e a qualidade de vida (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

Segundo Craig et al. (2008), quando uma intervenção contém vários componentes em interação a mesma pode ser entendida como uma intervenção complexa. Entretanto, há outras características que aumentam a complexidade das intervenções como o número e o grau de dificuldade em relação aos comportamentos daqueles que conduzem ou que recebem a intervenção, o número de grupos visados pelo trabalho, a variabilidade dos resultados

disponíveis e o grau de flexibilidade ou adaptação que a intervenção permite. As IBM podem ser entendidas como intervenções complexas visto que contemplam boa parte desses aspectos. Elas requerem programas estruturados com congruência entre as atividades propostas e os desfechos para os quais desejam contribuir positivamente, engajamentos dos participantes, desempenho de tarefas para mensuração de resultados e formação específica no que se refere as habilidades dos instrutores (Crane et al. 2017). No que se refere aos resultados, de forma mais específica, é possível observar uma variabilidade de desfechos dentro de um mesmo construto como também a mensuração de construtos diversificados.

Estudos realizados no campo das IBM com população de estudantes universitários, por exemplo, apontaram melhora significativa nos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse (Resende, Teodoro, & Barros, 2021; Assumpção, Pena, Neufeld, & Teodoro, 2019; James & Rimes, 2018; Song & Lindquist, 2015; Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer, & Mañas, 2014; Carpena & Menezes, 2018; Ying, Liu, He, & Wang, 2018; Danilewitz, Bradwejn, & Koszycki, 2016; Kang, Choi, & Ryu, 2018; Sampl, Maran, & Furtner, 2017; Song & Lindquist, 2015; Gallego et al. 2014). Entretanto, o tamanho de efeito da mudança é variável entre os trabalhos e há também aqueles que não observaram alterações no pós-teste (Neto, Lucchetti, Ezequiel, & Lucchetti, 2020; Kuhlmann, Huss, Bürger, & Hammerle, 2016). No que se refere à avaliação de outras medidas, alguns estudos observaram aumento dos níveis de atenção plena, de autocompaixão e de perfeccionismo (Sampl et al., 2017; Van Dijk et al., 2017; Phang, Mukhtar, Ibrahim, Keng, & Sidik, 2015; De Vibe et al., 2013; Phang et al., 2014; Erogul, Singer, McIntyre, & Stefanov, 2014; James & Rimes, 2018). Esse conjunto de resultados com medidas de desfecho variadas demonstram o caráter complexo de uma intervenção baseada em *mindfulness*.

As pesquisas de intervenção objetivam, em última instância, fornecer evidências científicas que orientem a prática clínica e que contribuam para a melhor tomada de decisão em

saúde (El Dib, 2007). Em suma, tais estudos pretendem contribuir para a melhoria de diversos aspectos da vida dos indivíduos e da sociedade. Logo, os trabalhos desta natureza se preocupam com a eficiência, a eficácia e a efetividade das intervenções. Estudos interventivos não são propostas de investigação triviais e requerem metodologia robusta e planejamento cauteloso, portanto os estudos de análise de viabilidade são antecessores importantes nesse processo (Thabane et al. 2010; Teijlingen, & Hundley, 2001).

Para Bowen et al. (2009), o termo estudo de viabilidade abrange qualquer tipo de estudo que auxilie os investigadores a se prepararem para pesquisas em grande escala. Devido às limitações de recursos, nem todas as intervenções podem ser testadas em termos de eficácia e efetividade. Logo, a observância da aceitabilidade, da necessidade, da implementação, da praticidade, da adaptação, da integração, da expansão e dos testes de eficácia são importantes para avaliar e priorizar as intervenções com maior probabilidade de serem eficazes. Estudos de viabilidade são úteis neste aspecto.

Apesar da literatura internacional elencar um conjunto de trabalhos de intervenções baseadas em *mindfulness* com foco na melhoria da saúde mental de estudantes universitários, pouco se conhece sobre a viabilidade destes programas no contexto das instituições de ensino superior brasileiras (Assumpção, Alcântara, Oliveira Almeida, Neufeld, & Teodoro, 2018). Considerando a complexidade das intervenções cognitivas e as lacunas sobre a exequibilidade das IBM em ambientes acadêmicos, o objetivo deste trabalho é avaliar se o Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* é viável como intervenção cognitiva presencial em saúde mental para estudantes universitários. Para isso, serão investigadas a viabilidade da metodologia do trabalho, a praticabilidade do programa em seu formato original e as percepções dos participantes que vivenciaram a intervenção.

6.2 Material e método

O presente trabalho constitui um estudo de análise de viabilidade cujo objetivo é avaliar se a realização de uma pesquisa em larga escala é viável. Este tipo de estudo, geralmente realizado com um número reduzido de participantes, tem a vantagem de detectar possíveis problemas e sinalizar a necessidade de adequações metodológicas. Tais ações aumentam a probabilidade de sucesso dos trabalhos mais amplos (Teijlingen & Hundley, 2001).

Os estudos de viabilidade podem avaliar uma série de itens relativos aos processos do trabalho, recursos, gerenciamento e aos efeitos das intervenções. Os processos analisam a viabilidade do fluxo de procedimentos que são essenciais ao estudo. Os recursos tratam da avaliação dos meios gerais necessários a execução do trabalho. O gerenciamento cuida dos aspectos relativos à gestão de dados e da equipe. Os efeitos tratam da avaliação da segurança do tratamento, variação dos resultados e critérios éticos (Thabane et al. 2010). Essas quatro dimensões e seus respectivos itens foram avaliados no presente trabalho.

6.3 Descrição do local do estudo e dos participantes

O estudo foi realizado em dois centros universitários particulares que oferecem cursos de graduação e de pós-graduação *latu sensu* em diferentes áreas do conhecimento. Participaram deste trabalho 22 alunos matriculados nos períodos finais dos cursos de Psicologia de ambas as instituições. Foram admitidos os acadêmicos que preencheram os seguintes critérios de elegibilidade: estar regularmente matriculado/a e frequentes às aulas; ter idade 18 e 28 anos; responder os instrumentos de medida integralmente, não utilizar ansiolíticos, benzodiazepínicos ou outra medicação psiquiátrica; não estar em tratamento psiquiátrico ou psicológico e não ter experiência prévia e/ou praticar qualquer tipo de treino de atenção e/ou meditação.

6.4 Intervenção

O Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness desenvolvido pelo Centro de Promoção de *Mindfulness* (CPM) exclusivamente para a população brasileira a partir de programas com validação científica como o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) e o *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) tem duração de oito semanas com encontros semanais de duas horas de duração e número médio de 15 participantes por grupo. Em cada encontro são desenvolvidas práticas meditativas de regulação atencional e emocional, dinâmicas, conteúdos psicoeducacionais e momentos de partilha de experiências. O programa conta com uma apostila própria com conteúdos relativos a cada uma das oito sessões, instruções para as práticas meditativas formais e informais e diários para que o participante possa monitorar o seu desenvolvimento no programa. Além disso, são fornecidos os áudios das práticas para treinamento em casa. Todas as sessões do programa são estruturadas e padronizadas a fim de facilitar a aprendizagem do participante. O Quadro 1 apresenta o resumo dos conteúdos e práticas de cada uma das sessões do Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness.

Quadro 1

Conteúdos do Programa de Qualidade de Vida baseado em Mindfulness.

Sessão 1 – Tema: Saborear a Vida.	
Objetivos	Objetivos básicos: conceituar mindfulness de forma prática por meio da Dinâmica da Uva Passa e desenvolver a consciência corporal por meio da prática do Escaneamento Corporal.
Conteúdos	A Dinâmica da Uva Passa pretende mostrar que mindfulness é uma habilidade que pode ser treinada formalmente e também a partir de vários eventos da vida cotidiana. Nesta dinâmica é enfatizada a contraposição entre o Modo Mindfulness e o modo Piloto Automático e suas implicações na vida. A prática do Escaneamento Corporal pretende usar as sensações corporais como uma forma de redirecionar a atenção para o momento presente desenvolvendo a equanimidade, a habilidade de perceber a tendência em agir de forma reativa piloto automático além de aprender a redirecionar intencionalmente a atenção e lidar habilidosamente com as distrações da mente.
Sessão 2 – Tema: Como Vivemos?	
	A Sessão 2 é composta por uma dinâmica e duas práticas. A Prática do Escaneamento Corporal iniciada na primeira sessão é mantida e aprimorada e é inserida a Prática da Respiração cuja intenção é cultivar a habilidade de orientar, sustentar e estabilizar a atenção no momento presente. Na Prática da Respiração o participante vai ancorar a sua atenção na respiração e se familiarizar com a tendência da mente em divagar, aproveitando

Objetivos Conteúdos	para desenvolver as habilidades de perceber, reconhecer e retornar ao presente tratando as suas divagações de forma gentil e cordial. A Prática do Escaneamento Corporal e a Prática da Respiração são treinamentos de atenção que empregam ancoragem diferentes para a atenção como as sensações e respiração, respectivamente. A dinâmica desta sessão é sobre o Primeiro e o Segundo Sofrimentos. A intenção é refinar a aprendizagem do aluno acerca do modo de funcionamento mental do Piloto Automático em que um agente estressor pode desencadear uma cascata de cognições e emoções que levarão ao sofrimento desnecessário. É importante que o aluno comece a perceber as tendências do seu funcionamento cognitivo como as tendências catastróficas da ansiedade e as tendências ruminativas da depressão.
Sessão 3 – Tema: Como podemos viver?	
Objetivos Conteúdos	A Sessão 3 aprofunda as aprendizagens das aulas anteriores mantendo a Prática da Respiração e inserido duas novas práticas e duas dinâmicas para frisar determinadas habilidades e conteúdos. As Práticas dos Movimentos tem a intenção de aumentar o conhecimento e a conexão como próprio corpo, de estar presente e acompanhar as sensações no corpo a cada instante aprendendo a se manter na experiência seja qual for a sua natureza, reconhecendo os limites e os “primeiros sinais” de aversão, atração e neutralidade. A Prática dos Três Passos tem a intenção a ajudar o participante a tomar consciência do que está acontecendo, desenvolver o centramento e a ampliação a fim interromper o modo de funcionamento do Piloto Automático e suas respostas reativas. Essa prática visa instrumentalizar os alunos para não se deixar levar pelas cascatas de cognições e emoções, diminuir a reatividade e realizar escolhas mais conscientes. As dinâmicas do “Oi, Obrigado e Thau” e da Caneta são formas lúdicas de frisar tais habilidades e corroboram os princípios contidos nas práticas desenvolvidas e para apresentar o modelo neurocognitivo da atenção.
Sessão 4 – Tema: Como interpretamos a vida.	
Objetivos Conteúdos	A Sessão 4 mantém a proposta de aprofundar os conteúdos e práticas aprendidos nas aulas anteriores. O elemento novo desta aula é a introdução do monitoramento aberto por meio da Prática dos Sons e Pensamentos. A qualidade da atenção que se procura desenvolver com o <i>mindfulness</i> não é somente a atenção focada, mas também a atenção de monitoramento aberto capaz de captar todo tipo de experiência: as sensações do corpo, a respiração, os pensamentos e as emoções com atitudes de abertura e curiosidade. Nesta sessão emprega-se a analogia com a natureza para que o aluno compreenda a transitoriedade das experiências, ou seja, que ele se torne capaz de reconhecer sem se apegar e que utilize com sabedoria os modos de funcionamento mental (Modo Atuante e Modo Existente).
Sessão 5 – Tema: Como lidar com as dificuldades da vida.	
Objetivos Conteúdos	Os objetivos desta sessão são revisar o que foi vivido e o que ficou da primeira metade do programa, estimular o visitar e renovar das motivações, intenções, compromissos e apreciação por si mesmo por estar e chegar onde chegou. Aprofundar a relação com os pensamentos via monitoramento aberto (habilidade de se desprender e se colocar no espaço aberto e curioso). Proporcionar a compreensão dos três sistemas de regulação emocional (Sistemas de Equilíbrio, Ameaça e Recompensa) por meio da vivência corporal e reflexão desses modos de operar no dia a dia.
Sessão 6 – Tema: Sentir e atender as necessidades do coração.	
Objetivos Conteúdos	Nesta sessão ocorre o contato com as práticas de autocompaixão. Algumas pessoas têm tendência de serem muito rigorosas com seus erros e falhas, algo que é comum e natural na experiência humana. O desenvolvimento da autocompaixão implica em ser mais gentil e menos rigoroso frente as próprias imperfeições o que gera efeitos protetivos no que se refere aos transtornos depressivos e ansiosos.
Sessão 7 – Tema: Compartilhar as qualidades do coração.	

Objetivos	Nesta sessão será trabalhado o tema da compaixão de forma ainda mais enfática. Desde as primeiras sessões atitudes que favorecem a compaixão como a abertura, gentileza e não julgamento já vem sendo treinadas, mas nesta, este tema ficará mais evidente. Desenvolver a compaixão permite ter maior conexão e favorece a mobilização de maiores recursos para auxiliar os outros, o que melhora a qualidade dos relacionamentos interpessoais.
Conteúdos	
Sessão 8 – Tema: Finitude e viver autêntico.	
Objetivos	Nesta sessão será trabalhado o tema da finitude. A ideia é que fique claro que a finitude se apresenta em nossas vidas a cada momento e que tomar consciência disso nos permite estar mais atentos para o que realmente importa. Contemplar a finitude abre uma oportunidade de aprender com o que foi vivido e fazer escolhas mais conscientes e alinhadas as reais necessidades e valores de cada indivíduo.
Conteúdos	

6.5 Instrumentos de Medida

- 1). Questionário sociodemográfico, acadêmico e de elegibilidade: Este questionário foi desenvolvido para o presente estudo e possui questões que investigaram as características sociodemográficas e acadêmicas dos participantes e também as informações relativas a elegibilidade dos estudantes para a participação.
- 2). Diário de Práticas de *Mindfulness*: Este questionário foi criado para monitorar a presença nos encontros do programa, a realização das práticas de *mindfulness* por semana e os minutos diários dedicados as práticas meditativas. O questionário era distribuído a cada sessão aos participantes
- 3). Questionário de avaliação da viabilidade da intervenção: Este questionário foi adaptado para o presente estudo a partir de estudos de viabilidade existentes (Assumpção et al. 2018; Santiago, 2017). A primeira parte do questionário, respondida pela pesquisadora, possui questões que avaliaram aspectos metodológicos como as estratégias de recrutamento, proporção de participantes elegíveis para o estudo, adesão, questões relativas a praticabilidade do programa em ambientes acadêmicos (duração das sessões, duração das atividades, possibilidade de trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na mesma intervenção, uso de vivências e dinâmicas, materiais de apoio aos programas). A segunda parte, direcionada aos participantes, investigou questões relativas a percepção dos mesmos em relação a assimilação do conteúdo,

recursos utilizados, local, horário e duração das sessões do programa de intervenção. As opções de resposta para as questões presentes no questionário foram categóricas sendo: 1. muito satisfatório; 2. Satisfatório; 3. regular e 4. insatisfatório. Neste instrumento, cada item é avaliado individualmente e sinaliza a possível necessidade de alterações no estudo principal.

6.6 Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e registrado na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 04338418.2.0000.511. Todo o trabalho foi conduzido pela pesquisadora com a colaboração do assistente de pesquisa.

Os participantes foram recrutados e avaliados coletivamente em sala de aula, em horário previamente agendado e com autorização dos professores responsáveis pelas disciplinas. Nesta ocasião foi realizada a palestra introdutória de apresentação da pesquisa, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido juntamente com os alunos e explicado de forma detalhada. Em seguida foi aplicado o questionário sociodemográfico, acadêmico e de elegibilidade. Após a avaliação desse instrumento, os estudantes elegíveis foram convidados a dar continuidade no estudo e os classificados como não elegíveis foram informados dessa condição e encaminhados para as Clínicas-Escola de Psicologia, caso necessário.

As atividades de pesquisa com os grupos ocorreram por meio de encontros semanais nos centros universitários em salas de aula reservadas para estes fins e foram conduzidos pela pesquisadora principal que recebeu treinamento profissional para tal, sendo certificada como instrutora de grupos para esta finalidade. O questionário de avaliação da viabilidade da intervenção foi respondido pela pesquisadora e aplicado uma semana após o término dos grupos

pelo assistente de pesquisa e pela pesquisadora de forma individual nas Clínicas-Escola de Psicologia das instituições.

6.7 Método de Análise de Dados

A análise de viabilidade do presente estudo foi realizada segundo as recomendações de Thabane et al. (2010) e baseada no estudo de Assumpção et al. (2018) e de Santiago (2017) com a realização das modificações necessárias à presente pesquisa. Foram analisados 20 itens distribuídos em 14 categorias referentes às quatro dimensões: processos, recursos, gerenciamento e avaliação de efeitos. No que se refere a análise das questões metodológicas e de adequação do programa, cada item foi avaliado individualmente e recebeu uma classificação (muito satisfatório; satisfatório; regular; insatisfatório). As classificações foram feitas a partir do que era considerado como ideal a partir da literatura da área em comparação com os resultados atingidos no presente estudo. No que se refere as percepções dos participantes sobre a viabilidade da intervenção, as respostas foram analisadas em conjunto (n=22) e receberam o mesmo tipo de classificação. As classificações dos participantes foram feitas a partir da sua percepção enquanto usuário do programa. Os itens avaliados como regulares e insatisfatórios apontaram provável inviabilidade e a necessidade de adequação no estudo de maior escala.

6.8 Resultados

Os resultados referentes às características sociodemográficas dos estudantes apontaram que do total de 22 alunos que participaram deste estudo, a maior parte foi composta por mulheres (90,9%) e a idade média dos participantes foi de 22,5 (DP=3,06) anos. Em relação ao estado civil, a maioria (77,2%) era solteira, possuía vínculo empregatício formal (90,9%) e

utilizava algum tipo de bolsa de estudos ou financiamento estudantil para custear a sua formação acadêmica (68,1%). Dentre os universitários que trabalhavam, 68% atuavam em áreas não afins em relação a formação em andamento. Todos os participantes eram alunos dos cursos de Psicologia matriculados nos períodos finais dos cursos de graduação. Os dados referentes aos participantes estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos participantes (n=22).

		n	Porcentagem	Média (DP)
Idade				29,8 (5,04)
Sexo	Masculino	2	9,1	
	Feminino	20	90,9	
Estado Civil	Solteiro	17	77,2	
	Casado	3	13,6	
	Divorciado	2	9,0	
	Vivendo com companheiro(a)	2	9,0	
Trabalho formal	Sim	20	90,9	
	Não	2	9,1	
Área de Trabalho	Relacionada a formação acadêmica	5	22,7	
	Não relacionada	15	68,1	
Bolsa/Financiamento de estudos	Sim	15	68,1	
	Não	7	31,9	
Período do curso	8º Período	13	59,0	
	9ª Período	9	41,0	

Os resultados da análise de viabilidade apontaram que no que se refere aos critérios de elegibilidade (proporção de participantes elegíveis e avaliação dos critérios de elegibilidade) e de triagem (análise do número de participantes avaliados) o parecer foi “satisfatório” visto que as necessidades do estudo foram contempladas. Entretanto, relativo ao critério recrutamento (análise do número de participantes recrutados e avaliação das estratégias de recrutamento) a

classificação foi “regular”. O recrutamento realizado em sala de aula expôs um pequeno número de indivíduos a possibilidade de participação no estudo além de ter se mostrado pouco prático.

No que se refere a adesão ao tratamento avaliada pela permanência no programa e frequência às sessões, a intervenção obteve classificação “muito satisfatória” visto que houve perda de dois participantes durante o processo (9%) e a média de sessões perdidas por participante foi de 1,06 (DP 0,5). Em relação as atividades meditativas realizadas em casa, a classificação foi “regular” já que a média de exercícios praticados durante a semana foi de 3,05 (1,04) com duração média de 14 minutos. A duração das sessões do programa foi considerada como “satisfatória”, pois foi possível encaixá-la na dinâmica universitária sem necessidade de reduções de número de encontros e tempo das sessões. A mesma avaliação se aplica a duração das atividades realizadas ao longo da intervenção. No que refere a possibilidade de trabalhar os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na mesma intervenção; usos de vivências, dinâmicas e atividades práticas e em relação ao material de apoio para prática doméstica, a avaliação foi “satisfatória”.

No que se refere a avaliação da viabilidade da intervenção na perspectiva dos participantes, o Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* recebeu classificação muito satisfatória e satisfatória em todos os itens avaliados com exceção do “local de realização do grupo”. A assimilação do conteúdo transmitido; as habilidades da instrutora para o trabalho com grupos; a utilização de dinâmicas, vivências e role plays; o horário das sessões; a duração do programa (8 semanas) e a duração de cada sessão (2h) foram consideradas como satisfatórias. A Tabela 2 apresenta os resultados da avaliação de viabilidade.

Tabela 2

Resultados da análise de viabilidade.

Componentes da Avaliação	Qualificadores de Viabilidade	Classificação
-----------------------------	-------------------------------	---------------

Avaliação da Pesquisadora (n=1)		
1. Recrutamento.	(1) Análise do número de participantes recrutados.	Regular
	(2) Avaliação das estratégias de recrutamento.	Regular
2. Critérios de elegibilidade.	(3) Proporção de participantes elegíveis para o estudo.	Satisfatório
	(4) Avaliação dos critérios de elegibilidade.	Satisfatório
3. Triagem.	(5) Análise do número de participantes avaliados.	Satisfatório
4. Adesão ao tratamento.	(6) Permanência no programa.	Muito satisfatório
	(7) Frequência no programa (mínimo 6 sessões).	Muito satisfatório
5. Adesão às tarefas de casa.	(8) Número das práticas meditativas realizadas em casa.	Regular
	(9) Duração de cada sessão do programa.	Satisfatório
6. Tempo das sessões e das atividades.	(10) Duração de cada atividade realizada por sessão no programa.	Satisfatório
	(11) Possibilidade de trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na mesma intervenção.	Satisfatório
7. Trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.	(12) Uso de vivências, dinâmicas e atividades práticas.	Satisfatório
8. Adequação do conteúdo dos programas.	(13) Materiais de apoio para estudo em casa dos conteúdos aprendidos nas sessões.	Satisfatório
9. Materiais de apoio	Avaliação dos Participantes (n=22)	
10. Assimilação do conteúdo, práticas e atividades.	(14) Assimilação do conteúdo transmitido, práticas e atividades psicoeducativas.	Muito satisfatório (97%)
11. Recursos de aprendizagem.	(15) Utilização de dinâmicas, vivências, vídeos e partilha.	Muito satisfatório (89%)
12. Adequação do instrutor e do terapeuta.	(16) Adequação do instrutor às intervenções do programa.	Muito satisfatório (100%)
	(17) Avaliação do local de realização do programa.	Regular (78%)
13. Local de realização das intervenções.	(18) Horário do programa.	Satisfatório (72%)
	(19) Duração do programa. (8 encontros semanais).	Satisfatório (73%)
14. Tempo de intervenção	(20) Duração das sessões (2h).	Satisfatório (71%)

6.9 Discussão

Os resultados do presente estudo apontaram que o Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* é uma intervenção viável como recurso em saúde mental para estudantes universitários. Entretanto, para a realização de um trabalho de maior escala é necessário aperfeiçoar alguns itens da metodologia de pesquisa (recrutamento) e repensar as características e a qualidade do local onde serão desenvolvidos os trabalhos de intervenção.

No que se refere ao método, os estudos interventivos requerem bastante cuidado e atenção visto que envolvem um número maior de pessoas e possuem diversas fases. No presente estudo, a estratégia de recrutamento em sala de aula não se mostrou prática visto que o trabalho foi apresentado um pequeno número de indivíduos. Além disso, para aumentar o número de indivíduos expostos a oportunidade de participação seria necessário realizar um maior número de palestras iniciais o que exige tempo e uma extensa negociação em relação aos horários de aula com as instituições de ensino.

A adesão ao programa em termos do número de participantes que concluíram a intervenção e da frequência as sessões do programa foi satisfatória levando a manter o Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* com estudantes universitários assim como é previsto no seu protocolo original. No presente estudo, 90% dos participantes completaram a intervenção e compareceram a 75% das sessões (média de 6,9 DP 1,06 sessões em 8). Tais resultados estão em sintonia com os achados de James e Rimes (2018) e de De Vibe et al. (2013). Outras pesquisas nacionais apontaram que as intervenções pautadas na aprendizagem de práticas meditativas são possíveis em ambientes acadêmicos. O estudo de levantamento de Menezes, Fiorentin e Bizarro (2012) acerca do interesse de estudantes universitários na aprendizagem de práticas de meditação apontou que 27% dos alunos com queixas de sintomas psiquiátricos menores e 73% dos alunos sem sintomas se interessavam pela atividade. Além disso, o estudo de viabilidade de Assumpção et al. (2018) com estudantes universitários de uma instituição de ensino federal também constatou que este tipo de intervenção é viável para esta população. Por outro lado, o estudo de Neto et al. (2020) com estudantes do primeiro ano da faculdade de medicina apontou inviabilidade deste tipo de trabalho, mas ressaltou uma série de cuidados ao se trabalhar com esta população, como ter cautela em relação a grupos grande (cerca de 40 indivíduos) e a obrigatoriedade da participação nas atividades. No presente estudo, a desistência dos participantes durante o programa e as ausências das sessões foram

muito baixas, o que permite inferir sobre a significância desta intervenção na vida dos estudantes envolvidos.

Apesar da adesão satisfatória, a realização das práticas domésticas foi classificada como regular. Em qualquer intervenção cognitiva, o treinamento constante é essencial para desenvolver funções e habilidades. Nas IBM, o ideal é que as práticas meditativas sejam realizadas diariamente conforme orientam os protocolos dos programas. O número médio de práticas semanais (3,05 DP 1,04) revelou que os participantes realizavam os exercícios meditativos cerca de três vezes por semana com duração média de 14 minutos. Este resultado está em concordância com outros estudos internacionais que apontaram a dificuldade dos estudantes em inserir uma nova atividade em sua rotina de estudos (James & Rimes, 2018; Van Dijk et al. 2017; De Vibe et al. 2013). Para Berghans, Tarquinio e Kretsch, (2010), os estudantes possuem dificuldades em estabelecer prioridades, especialmente aquelas relacionadas a saúde física e mental. Isso significa que são nos momentos de maior pressão emocional, como a fase das provas de fim de semestre, é que os estudantes mais precisam se envolver com as práticas meditativas. Entretanto, este é o momento em que há uma maior tendência em abster delas para dedicar o tempo aos estudos (James & Rimes, 2018; Van Dijk et al. 2017).

De acordo com Assumpção et al. (2019) os estudantes têm maior tendência a engajar na participação dos encontros grupais, mas têm dificuldades em manter os exercícios em casa. Isso pode ser um indicativo de que estar em grupo tem um valor significativo para os alunos. Em *mindfulness*, o participante é convidado a aprender de forma vivencial e investigativa tendo como foco a experiência direta do momento presente sem julgamentos (Chiesa, Calati, & Serretti, 2011; Kabat-Zinn, 2003). Essa forma de se relacionar com o próprio processamento cognitivo, emocional e sensorial contribui para conhecer os padrões de reação em relação as emoções e cognições e a forma habitual de lidar com questões rotineiras e desafiadoras (Crane & Kuyken, 2013; Jain et al 2007). Além disso, há oportunidade de vivenciar práticas

meditativas, participar de dinâmicas que favorecem a internalização de conteúdos complexos, os momentos de partilha e a aprendizagem de forma lúdica. Todos esses recursos fogem a experiência acadêmica rotineira da maioria das instituições de ensino.

Estudos internacionais que avaliaram a eficácia dos programas de *mindfulness* para estudantes universitários encontraram resultados encorajadores (James & Rimes, 2018; Sampl et al. 2017; Van Dijk et al. 2017; Ying et al. 2018; Danilewitz et al. 2016; Song & Lindquist, 2014; Phang et al. 2014; Erogul et al. 2014; De Vibe et al. 2013). Entretanto, alguns deles tiveram que adequar os programas à realidade das instituições de ensino empreendendo redução no número de sessões (5 a 6 sessões) e redução da carga horária dos encontros de duas horas para 75 a 90 minutos (Gu, Xu, & Zhu, 2018; Phang et al. 2015; Erogul et al. 2014; De Vibe et al. 2013; Oman, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008). No presente trabalho não foram detectados empecilhos relativos a tais elementos. A duração do programa, o tempo das sessões e das atividades da intervenção foram consideradas satisfatórias, pois o programa foi empreendido tal qual orienta o protocolo com boa adesão dos participantes. Além disso, os trabalhos foram realizados em um horário de intervalo de atividades, ou seja, entre a saída do trabalho e o início das aulas no período noturno, o que pode ter facilitado a participação dos alunos. Os estudantes que também são trabalhadores têm oportunidades reduzidas de se envolver em atividades extra-classe em função das suas responsabilidades laborais. Logo, criar condições para que os mesmos possam aproveitar benefícios é essencial para a ocorrência da intervenção.

Os dados epidemiológicos da população universitária apontam que os sintomas de depressão, ansiedade e estresse são os quadros mais comuns neste conjunto de pessoas (Padovani et al., 2014; Lemos, Baptista, & Carneiro, 2011). Logo, uma intervenção que contemple todas essas demandas seria bastante adequada. Considerando o conteúdo do programa, os seus objetivos e os recursos de aprendizagens previstos como as vivências,

dinâmicas e atividades práticas foi observada a possibilidade de se trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse num mesmo programa de tratamento. Nesse sentido, estudos para a investigação da eficácia do referido programa trariam evidências precisas acerca desta observação.

A avaliação da viabilidade da intervenção na perspectiva dos participantes apontou que todos os itens (assimilação do conteúdo, práticas e atividades educativas; utilização de dinâmicas e vivências; habilidades do instrutor; duração das intervenções e sessões) alcançaram classificação satisfatória e/ou muito satisfatória permitindo inferir considerações sobre a aceitabilidade, importância e implementabilidade da intervenção. O único item classificado como regular na percepção dos participantes foi o local de realização do programa que foram conduzidos em salas de aula reservadas para tal. Ambos os centros universitários não dispunham de outro tipo de ambiente físico para a realização dos trabalhos. Além das salas de aula evocarem experiências relativas as preleções acadêmicas, os alunos já passavam cerca de quatro horas diárias nesse mesmo ambiente. Logo, repensar sobre a diversidade de espaços para uma diversidade de aprendizagens pode ser uma oportunidade para rever as bases da formação profissional nas universidades.

Apesar do presente estudo não ter necessitado operar redução de duração da intervenção e do tempo das sessões para adaptá-los à realidade universitária, a literatura internacional elenca alguns estudos tiveram que empreender tais modificações. Nesse sentido, considerando a realização de estudos futuros, julga-se plausível cogitar se a realização de tais intervenções na modalidade online seriam uma opção adequada. As IBM realizadas por videoconferência já foram testadas em instituições estrangeiras (Burgstahler & Stenson, 2020; Cavanagh et al. 2018; Mak, Chio, Chan, Lui, & Wu, 2017; Spadaro & Hunker, 2016) e também apresentaram resultados encorajadores assim com as intervenções presenciais. É importante elucidar que as versões presenciais e online possuem os seus prós e contras característicos. Entretanto, a versão

mediada pela tecnologia pode ser um recurso a mais para as situações em que é necessária maior flexibilidade e/ou quando a modalidade presencial não for possível.

Alguns trabalhos como o de Cavanagh et al. (2018), Mak et al. (2017) e Spadaro e Hunker (2016), exploraram se intervenções baseadas em *mindfulness* no formato online seriam capazes de prover mudanças nos níveis de atenção plena e reduzir os sintomas percebidos de estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários. Os resultados dos estudos apontaram alterações em todos os níveis medidos em comparação aos grupos controle, quando havia. Os pesquisadores apontaram que os resultados são úteis para esclarecer a utilidade de programas de intervenção online, mas que estudos de replicação são necessários para engrossar a eficácia da intervenção nesta modalidade.

6.10 Conclusão

As experiências vivenciadas neste estudo permitiram amadurecer a metodologia de pesquisa e aperfeiçoar o trabalho que será realizado em maior escala. Além disso, a jornada nas atividades investigativas contribuiu para refletir sobre alguns aspectos das intervenções, das especificidades dos participantes e do contexto envolvido. Todos os dados produzidos serão empregados para aprimorar os trabalhos futuros e também atestam a importância e o valor da condução dos estudos de análise de viabilidade. O Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness* se mostrou viável para ambientes universitários podendo se converter em um importante recurso capaz de atender as necessidades de saúde mental dos estudantes. Além disso, o presente estudo possibilitou considerar a possibilidade de realização das intervenções baseadas em *mindfulness* mediadas pela tecnologia. Estudos futuros como foco nos efeitos das intervenções online serão úteis, pois poderão ampliar o acesso das ações em saúde mental para populações altamente conectadas ao mundo digital.

6.11 Referências

- Assumpção, A. D. F. A., de Alcântara, C., de Oliveira Almeida, N., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. L. M. (2018). Análise de viabilidade do Programa de Treinamento em Mindfulness para adultos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *20*(3), 31-46. doi: 10.5935/2318-0404.20180010
- Assumpção, A. A., Pena, C. S., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for university students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, *4*(3), 51. doi.org.10.4103/2542-3932.263668
- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Kretsch, M. (2010). Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience mindfulness-based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) chez des étudiants: une étude pilote contrôlée et randomisée. *Journal Thérapie Comportementale et Cognitive*, *20*(1), 11-15. doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.03.001
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, *36*(5), 452–457. doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Burgstahler, M. S., & Stenson, M. C. (2020). Effects of guided mindfulness meditation on anxiety and stress in a pre-healthcare college student population: A pilot study. *Journal of American College Health*, *68*(6), 666-672. doi.org/10.1080/07448481.2019.1590371
- Carpena, M. X., & Menezes, C. B. (2018). Efeito da meditação focada no estresse e mindfulness disposicional em universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *34*. doi.org/10.1590/0102.3772e3441
- Cavanagh, K., Churchard, A., O'Hanlon, P., Mundy, T., Votolato, P., Jones, F., ... & Strauss, C. (2018). A randomised controlled trial of a brief online Mindfulness-Based intervention in a non-clinical population: replication and extension. *Mindfulness*, *9*(4), 1191-1205. doi.org/10.1007/s12671-017-0856-1
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 449–464. doi.org.10.1016/j.cpr.2010.11.003

- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, *337*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Crane, R. S., & Kuyken, W. (2013). The Implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience. *Mindfulness*, *4*(3), 246–254. doi: [10.1007/s12671-012-0121-6](https://doi.org/10.1007/s12671-012-0121-6)
- Crane, R., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(6), 990-999. doi: [10.1017/S0033291716003317](https://doi.org/10.1017/S0033291716003317)
- Danilewitz, M., Bradwejn, J., & Koszycki, D. (2016). A pilot feasibility study of a peer-led mindfulness program for medical students. *Canadian medical education journal*, *7*(1), 31-37.
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC medical education*, *13*(1), 107. doi: [10.1186/1472-6920-13-107](https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-107)
- El Dib, R. P. (2007). Como praticar a medicina baseada em evidências. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, *6*(1), 1-4. doi: [10.1590/S1677-54492007000100001](https://doi.org/10.1590/S1677-54492007000100001)
- Erogul, M., Singer, G., McIntyre, T., & Stefanov, D. G. (2014). Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, *26*(4), 350-356. doi: [10.1080/10401334.2014.945025](https://doi.org/10.1080/10401334.2014.945025)
- Félix, L. M., & Mansur-Alves, M. (2020). Programas baseados em mindfulness. Treinamento Cognitivo, Estimulação Mental e Reabilitação Cognitiva In M. Mansur-Alves, & J. B. Lopes-Silva (Orgs.), *Intervenção cognitiva: dos conceitos e métodos às práticas baseadas em evidências para diferentes aplicações* (1a ed., Cap. 1, pp. 41-56). Belo Horizonte: T.Ser.
- Freitas, F. R., Guimarães, A. P. L., & Haase, V. G. (2020). Métodos e delineamentos para pesquisas em intervenção cognitiva In M. Mansur-Alves, & J. B. Lopes-Silva (Orgs.), *Intervenção cognitiva: dos conceitos e métodos às práticas baseadas em evidências para diferentes aplicações* (1a ed., Cap. 3, pp. 75-92). Belo Horizonte: T.Ser.

- Gallego, J., Aguilar-Parra, J., Cangas, A., Langer, Á, & Mañas, I. (2014). Effect of a Mindfulness Program on Stress, Anxiety and Depression in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, *17*(109). doi:10.1017/sjp.2014.102
- Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *22*(4), 388–399. doi.org/10.1177/1087054716686183
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*(1), 11-21. doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, *9*(3), 801-814. doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, *8*(2), 73.
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, *29*(5), 538-543. doi.or/10.1016/j.nedt.2008.12.00,
- Kuhlmann, S. M., Huss, M., Bürger, A., & Hammerle, F. (2016). Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training (MediMind) in Germany. *BMC medical education*, *16*(1), 1-11. doi.org/10.1186/s12909-016-0833-8
- Lemos, V. A., Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *31*, 20-29. doi.org/10.1590/S1414-98932011000100003
- Mak, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., Lui, W. W., & Wu, E. K. (2017). The efficacy of internet-based mindfulness training and cognitive-behavioral training with telephone support in the enhancement of mental health among college students and young working adults:

- randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), e84. doi:10.2196/jmir.6737
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in neuroscience*, 7, 8-13. doi.org/10.3389/fnins.2013.00008
- Menezes, C. B., Fiorentin, B. & Bizarro, L. (2012). Meditação na universidade: a motivação de alunos da UFRGS para aprender meditação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16(2), 308-315. doi.org/10.1590/S1413-85572012000200014
- Neto, A. D., Lucchetti, A. L. G., da Silva Ezequiel, O., & Lucchetti, G. (2020). Effects of a required large-group mindfulness meditation course on first-year medical students' mental health and quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*, 35(3), 672-678. doi.org/10.1007/s11606-019-05284-0
- Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of american college health*, 56(5), 569-578. doi.org/10.3200/JACH.56.5.569-578
- Padovani, R. D. C., Neufeld, C. B., Maltoni, J., Barbosa, L. N. F., Souza, W. F. D., Cavalcanti, H. A. F., & Lameu, J. D. N. (2014). Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 02-10. doi.org/10.5935/1808-5687.20140002
- Phang, C. K., Mukhtar, F., Ibrahim, N., Keng, S. L., & Sidik, S. M. (2015). Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the Mindful-Gym randomized controlled study. *Advances in Health Sciences Education*, 20(5), 1115-1134. doi.org/10.1007/s10459-015-9591-3
- Resende, K. I. D. S., M. L. M., Teodoro, & Barros, V. V. (2021). Os efeitos de um programa de qualidade de vida na qualidade de vida de pós-graduando. (Tese de doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

- Sampl, J., Maran, T., & Furtner, M. R. (2017). A randomized controlled pilot intervention study of a mindfulness-based self-leadership training (MBSLT) on stress and performance. *Mindfulness*, 8(5), 1393-1407. doi.org/10.1007/s12671-017-0715-0
- Santiago, P. H. R. (2017). Avaliação da viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica. (Dissertação de mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil
- Santos, C. P. V. (2000). Programas baseados em mindfulness. In M. Mansur-Alves, & J. B. Lopes-Silva (Orgs.), *Intervenção cognitiva: dos conceitos e métodos às práticas baseadas em evidências para diferentes aplicações* (1a ed., Cap. 6, pp. 137-172). Belo Horizonte: T.Ser.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386. doi.org/10.1002/jclp.20237
- Spadaro, K. C., & Hunker, D. F. (2016). Exploring the effects of an online asynchronous mindfulness meditation intervention with nursing students on stress, mood, and cognition: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 39, 163-169. doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.006
- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35, 86-90. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. doi.org/10.1038/nrn3916
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 1. doi.org/10.1186/1471-2288-10-1
- Teijlingen, E., & Hundley, V. (2001). The importance of pilot studies. *Social Research* 35(4), 49-59. doi: 10.7748/ns2002.06.16.40.33.c3214
- Van Dijk, I., Lucassen, P. L., Akkermans, R. P., Van Engelen, B. G., van Weel, C., & Speckens, A. E. (2017). Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of clinical

clerkship students: a cluster-randomized controlled trial. *Academic medicine*, 92(7), 1012-1021. doi.org/10.1097/acm.0000000000001546

Ying, C., Liu, C. J., He, J., & Wang, J. (2018). Academic stress and evaluation of a mindfulness training intervention program. *NeuroQuantology*, 16(5). doi:10.14704/nq.2018.16.5.1311

7 ESTUDO 3 – AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA BASEADO EM MINDFULNESS

Kênia Izabel David Silva de Resende¹
Maycoln Leôni Martins Teodoro²
Víviam Vargas de Barros³

1. Kênia Izabel David Silva de Resende: psicóloga, instrutora de *mindfulness* e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.

2. Maycoln Leôni Martins Teodoro: psicólogo, orientador e professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG.

3. Víviam Vargas de Barros: psicóloga, coorientadora, instrutora e professora do Curso de Formação Profissional em *Mindfulness* do Centro de Promoção de *Mindfulness* (CPM).

Resumo: Estudos apontam altos níveis de sintomas psiquiátricos em pós-graduandos e as Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) têm sido utilizadas nas universidades como recursos para promover a saúde mental entre os jovens pesquisadores. Este trabalho objetivou investigar os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*, de oito semanas, em formato online, na qualidade de vida (WHOQOL), depressão, ansiedade e estresse (DASS-21), *mindfulness* (FFMQ) e os impactos da frequência nos encontros do programa e da frequência e duração das práticas meditativas sobre os desfechos de interesse. Participaram 46 alunos de pós-graduação *strictu sensu* distribuídos em dois grupos - intervenção isolada e intervenção combinada - ambos avaliados antes e após do programa. Os grupos demonstraram mudanças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo, porém o grupo de intervenção combinada apresentou melhora em todos os desfechos avaliados com tamanhos de efeito, em sua maioria, médio e alto. A frequência das práticas meditativas se mostrou influente na melhora de algumas das variáveis investigadas (domínio psicológico: β 0,509 $p=0,00$; depressão: β -2,796 $p=0,00$; *mindfulness*: faceta não julgar β -4,130 $p=0,01$; faceta observar β -5,061 $p=0,01$) bem como o número de presenças nos encontros (*mindfulness*: faceta descrever – itens negativos β 1,076 $p=0,02$). Conclui-se que as intervenções baseadas em *mindfulness* podem se configurar como recursos para o tratamento, prevenção e promoção da saúde mental junto aos programas de pós-graduação.

Palavras-chave: *mindfulness*, estudantes, qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse.

7.1 Introdução

O contingente de pessoas diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico cresceu expressivamente nas últimas décadas sendo que os dados do *Global Burden of Disease* (2016), revelaram o alto impacto de tais quadros clínicos na sociedade. Em termos globais, os transtornos mentais responderam por 32,4% dos anos de vida vividos com incapacidade e, no

Brasil, somente a depressão e a ansiedade foram responsáveis, respectivamente, pela quinta e sexta causa deste tipo de incapacitação.

Entre os adultos jovens, há um grupo específico no qual as questões emocionais têm chamado a atenção dos pesquisadores, os estudantes de pós-graduação (Levecque et al., 2017). Um estudo com 437 doutorandos chineses observou quadros clínicos de depressão e ansiedade (moderada e grave) em 23% e 20% dos alunos, respectivamente (Liu et al., 2019). Outro trabalho com 69 discentes de uma universidade americana apontou que aproximadamente metade dos participantes (52,2%) atingiu o limite para pelo menos um diagnóstico de transtorno psiquiátrico, sendo os transtornos de ansiedade (31,9%) e os transtornos de humor (14,5%) os mais comuns (Nagy et al., 2019). Além disso, o burnout esteve significativamente associado a pensamentos relacionados ao abandono do curso, ao clima do programa de pós-graduação e a qualidade do ambiente de treinamento em pesquisa (Nagy et al., 2019; Cornér, Löfström, & Pyhältö; 2017). O trabalho de Levecque et al. (2017) com uma amostra representativa de doutorandos belgas apontou que 32% experimentam, pelo menos, quatro sintomas medidos pelo *General Health Questionnaire* (GHQ) sugerindo considerável sofrimento psicológico e risco de desenvolver um transtorno psiquiátrico. A recente revisão sistemática de Satinsky et al. (2021) corrobora tais dados apontando que os sintomas depressivos e ansiosos são comuns entre os alunos doutorado em um nível mais acentuado que na população geral. Além disso, pelo menos seis estudos da referida revisão relataram a prevalência de ideação suicida neste grupo específico. No Brasil, um estudo prévio com pós-graduandos, apontou que a grande maioria dos respondentes relatou sofrer com a ansiedade (74%), outros 31% com insônia, 24% relatou ter crises nervosas e 40% dos participantes têm constantemente sentimento de culpa ao ir dormir sendo que 19% relataram pânico e/ou desespero ao tentar iniciar o sono (Costa & Nebel, 2018).

Um curso de pós-graduação *strictu sensu* possui as suas peculiaridades e pode ser um ambiente bastante desafiador, especialmente para aqueles em estado de vulnerabilidade psicológica (Taniya, & Kumar, 2015; Santos, Perrone, & Dias, 2015). Dentre os desafios que se apresentam aos jovens pesquisadores estão o próprio desenvolvimento da dissertação ou tese, os exames de qualificação, a participação em eventos científicos, o cumprimento dos créditos das disciplinas, o processo de escrita acadêmica, os desafios das coletas de dados, a publicação de artigos em periódicos qualificados, as questões de orientação e de relacionamento e a defesa do seu trabalho final (Galvan, Branco, & Saurin, 2015).

Entretanto, não é apenas a carga de trabalho um fator de importância, mas a própria configuração das pós-graduações e a literatura elenca alguns fatores que podem contribuir para o sofrimento emocional dos estudantes. A maioria deles são bolsistas de alguma agência de fomento à pesquisa, logo não possuem nenhum tipo de direito trabalhista e comumente lhes é exigida a dedicação exclusiva aos trabalhos de pesquisa. O valor da bolsa se torna a única fonte de renda do pós-graduando estando sujeita à desvalorização e à perda em função nos cortes de orçamento relativos ao desenvolvimento científico. Além disso, existe a incerteza quanto ao futuro profissional devido à depreciação das carreiras de pesquisa e à mercantilização da educação. A cultura do produtivismo acadêmico, os problemas no processo de orientação, a falta de financiamentos, o isolamento e a falta de interlocução – características dos anos finais das dissertações e teses – bem como a pressão psicológica em torno das bancas examinadoras somados ao conjunto das tarefas da pós-graduação compõem um cenário propício para o desenvolvimento de quadros clínicos do campo da saúde mental (Nagy et al. 2019; Levecque et al., 2017; Costa & Nebel, 2018; Galvan, Branco, & Saurin, 2015; Groenvynck, Vandavelde, & Van Rossem, 2013).

Além disso, os transtornos psiquiátricos ainda podem ser considerados como um tabu dentro das instituições de ensino onde as dificuldades emocionais podem ser confundidas como

questões relacionadas à competência. O estudo de Nagy et al. (2019) identificou que os estudantes não procuraram os serviços de saúde mental no último ano, apesar de precisarem e destes estarem disponíveis. O receio acerca do preconceito e do estigma da incapacidade são obstáculos à busca pelo atendimento adequado no momento oportuno (Leveq et al., 2017). Por outro lado, dados apontam que as orientações coletivas, com caráter colaborativo e com maior frequência foram úteis para aumentar a pertença dos alunos, criar um ambiente seguro, aumentar a satisfação e o bem-estar dos estudantes em relação a pós-graduação (Jones-White et al. 2020; Cornér, Löfström, & Pyhältö, 2017).

A partir da década de 70, as Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) se tornaram, de forma mais proeminente, objeto de estudo das ciências médicas e psicológicas. A atenção plena tem sido definida como um treino sistemático da regulação atencional e emocional. A regulação atencional pode ser compreendida como a habilidade de iniciar, direcionar e sustentar os processos atencionais na consciência no momento presente, além de propiciar a percepção e o desengajamento das divagações mentais e dos processos reflexivos (Hoffman & Gómez, 2017). A regulação emocional está relacionada à habilidade de reconhecer, nomear e não reagir afetivamente aos conteúdos e experiências internas. Nesse sentido, as habilidades regulatórias da atenção e da emoção seriam os mecanismos explicativos da relação entre as práticas meditativas e o desenvolvimento de uma maior estabilidade emocional (Dahl, Lutz, & Davidson, 2015).

Desde o seu início, as intervenções baseadas em *mindfulness* foram realizadas em formatos grupais, com encontros presenciais semanais, com um número específico de participantes e uma agenda de trabalho sistematizada. Entretanto, o desenvolvimento tecnológico tem impulsionado a ocorrência deste tipo de intervenção em uma configuração diferente - encontros à distância e em tempo real via plataformas de videoconferências. As intervenções online, como têm sido nomeadas, começaram a ter seus efeitos estudados

recentemente. A metanálise de Jayawardene, Lohrmann, Erbe e Torabi (2017) com oito ensaios clínicos randomizados que avaliaram os efeitos de intervenções baseadas em *mindfulness* online em populações não clínicas encontraram resultados significativos, porém heterogêneos. Esse desfecho realça a necessidade de maiores estudos das intervenções online síncronas, visto que estas podem ser especialmente úteis para pessoas com dificuldades de locomoção, em situação de isolamento ou com restrição de tempo, algo comum para os pós-graduandos.

Enquanto as intervenções online necessitam de maiores investigações, as evidências dos efeitos positivos de intervenções baseadas em *mindfulness* presenciais foram observadas em diferentes populações como pacientes com episódios depressivos recorrentes (Khoury et al., 2013), estresse (Carmody et al., 2009), dor crônica (Pascoe et al., 2017), adicções (Bowen et al., 2009) e entre estudantes universitários como recurso para o gerenciamento das dificuldades emocionais e desenvolvimento da qualidade de vida (Neto et al., 2020; Assumpção et al. 2019; James et al. 2018; Ying et al. 2018; Van Dijk et al. 2017; Sampl et al. 2017). No que se refere à população acadêmica, os alunos dos curso de graduação, especialmente aqueles dos cursos de ciências da saúde, têm sido o público mais estudado em comparação aos de pós-graduação, apesar dos níveis de adoecimento destes últimos apontarem necessidades de estudos de intervenção.

Considerando os resultados significativos das IBM em instituições de ensino superior (Neto et al., 2020; Assumpção et al. 2019; James et al. 2018; Ying et al. 2018; Van Dijk et al. 2017; Sampl et al. 2017), os desafios que se apresentam ao estudante pós-graduação (Galvan, Branco, & Saurin, 2015; Santos, Perrone, & Dias, 2015; Faro, 2013), os níveis de adoecimento nesta população (Satinsky et al., 2021; Liu et al., 2019; Nagy et al. 2019; Costa & Nebel, 2018) e a viabilidade estratégica e econômica das intervenções online para indivíduos digitalmente acessíveis, tornou-se importante compreender se as intervenções baseadas em *mindfulness* online exerceriam impacto relevante sobre a saúde mental dos pós-graduandos.

Neste contexto, o objetivo principal do presente trabalho foi investigar os efeitos de um programa de qualidade de vida baseado em *mindfulness* online no desfecho primário de qualidade de vida e secundário de depressão, ansiedade, estresse e *mindfulness* em dois grupos diferentes de pós-graduandos: grupo *mindfulness* intervenção isolada e o grupo *mindfulness* intervenção combinada. Além disso, averiguar se a frequência aos encontros do programa bem como a frequência das práticas meditativas e o tempo dedicado as elas, teriam implicações sobre os desfechos de interesse. Esperava-se que, após as oito semanas de treinamento, os participantes dos dois grupos apresentariam um aumento significativo nos escores de qualidade de vida e de *mindfulness* e redução dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse sendo que o grupo com intervenção combinada apresentaria mudanças com tamanho de efeito mais pronunciado.

7.2 Método

Participantes e Delineamento

Este foi um estudo quase-experimental, com aplicação de uma intervenção baseada em *mindfulness* com duração de oito semanas, realizada em formato online via plataforma de videoconferência, com duas avaliações (pré e pós-teste) em formulário eletrônico, realizado com uma amostra de alunos de pós-graduação de diferentes instituições brasileiras.

Um total de 68 estudantes demonstraram interesse em participar. Destes, foram excluídos aqueles que relataram algum problema neurológico, ter experiência prévia com práticas meditativas e/ou yoga, indisponibilidade para os encontros semanais e estar com prazo igual ou inferior a quatro meses para a defesa da dissertação ou tese.

A amostra final foi composta de 45 pós-graduandos, distribuídos em dois grupos: Grupo *Mindfulness* Intervenção Isolada e Grupo *Mindfulness* Intervenção Combinada. A diferença entre ambos os grupos é que no grupo de intervenção combinada os participantes estavam em

tratamento psiquiátrico e psicológico simultaneamente ao treinamento da atenção plena. A Figura 1 apresenta o fluxo dos participantes durante o estudo.

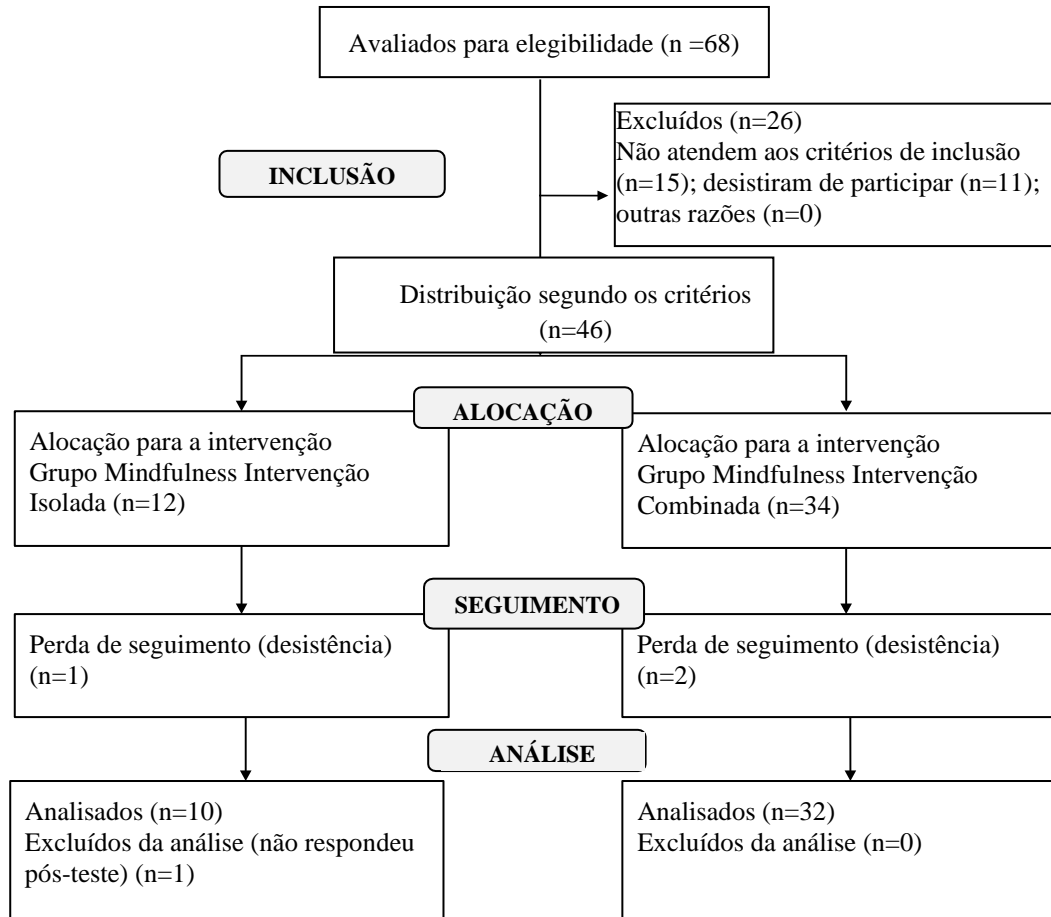


Figura 1. Fluxo dos participantes durante o estudo.

7.3 Instrumentos

1). Questionário de Triagem e Sociodemográfico: Desenvolvido para o presente estudo, este questionário foi utilizado com a finalidade de coletar dados para análise de elegibilidade e dados pessoais, tais como idade, sexo, estado civil, número de filhos, curso de pós-graduação, trabalho formal e/ou informal, uso de psicofármacos, psicoterapia, doenças neurológicas, experiência prévia com meditação ou yoga e percepção dos impactos da pandemia da COVID-19 sobre o andamento dos trabalhos de pesquisa.

2). Diário de Práticas de *Mindfulness*: Este questionário foi criado para monitorar a presença nos encontros do programa, a realização das práticas de *mindfulness* por semana e os minutos diários dedicados as práticas meditativas. O formulário era enviado semanalmente aos participantes em formato eletrônico.

3). Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref): O instrumento possui 26 itens que avaliam a percepção de qualidade de vida em relação a quatro domínios: aspectos físicos, aspectos psicológicos, relações sociais e meio ambiente. As opções de resposta aos itens estão dispostas em uma escala do tipo Likert sempre com cinco pontos, porém a alternativa de resposta muda conforme a natureza da pergunta realizada. A escala WHOQOL-BREF apresenta qualidades psicométricas adequadas tanto em relação à consistência interna (α Cronbach 0,91) quanto à validade (Fleck et al., 2000).

3). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21): A versão breve, conhecida como DASS-21, é um instrumento de autorrelato que avalia em um mesmo questionário os sintomas de depressão (α Cronbach 0,92), ansiedade (α 0,90) e estresse (α 0,86) com consistência interna adequada entre as subescalas. Cada um dos construtos possui sete itens para a sua avaliação. As opções de respostas estão dispostas em uma escala Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito, ou na maioria do tempo). O instrumento foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Vignola e Tucci (2013) apresentando qualidades psicométricas adequadas.

4). Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR): Adaptado para o Brasil, o FFMQ-BR é um questionário de 39 itens com boas qualidades psicométricas (α Cronbach 0,81), que avalia as habilidades de *mindfulness* disposicional como um construto multifacetado. O instrumento é composto por 7 facetas: Observar (perceber e estar atento aos eventos e experiências internas); Descrever (facilidade de transpor as experiências observadas em

palavras); Descrever – itens negativos (dificuldade de transpor as experiências observadas em palavras); Agir com consciência – piloto automático (agir mecanicamente e sem consciência); Agir com consciência – distração (agir de forma distraída, sem foco); Não julgar (não avaliar ou utilizar juízo de valor para os pensamentos e emoções) e Não Reagir (capacidade de experimentar sentimentos e pensamentos sem reagir ou ser influenciado pelos mesmos). As respostas são fornecidas em uma escala likert de 5 pontos que variam de 1 (nunca ou raramente verdadeiro) a 5 (quase sempre ou sempre verdadeiro). A sua interpretação pode ser feita através das sete facetas ou com base no escore total, o qual indica uma habilidade geral de atenção plena (Barros, Kozasa, Souza, & Ronzani, 2014).

7.4 Procedimentos de Coleta de dados

A pesquisa foi divulgada por meio de anúncios nas redes sociais, grupos de aplicativos de mensagens, site institucional da universidade e e-mails enviados aos programas de pós-graduação convidando os alunos para a participação. Juntamente com o material de divulgação, foi enviado o link de inscrição contendo um formulário eletrônico de triagem para avaliação da elegibilidade dos possíveis participantes.

Todos os interessados foram convidados para uma videoconferência para receber maiores informações sobre o funcionamento da pesquisa, tirar dúvidas e confirmar a participação. Os estudantes não elegíveis receberam informações sobre a sua exclusão do estudo e obtiveram uma lista com indicações de instituições onde poderiam procurar por psicoterapia e/ou grupos de *mindfulness* visto que se inscreveram em um programa de cuidado em saúde mental. Os estudantes elegíveis foram convidados a dar continuidade as demais etapas da pesquisa. Nas duas semanas anteriores ao início da intervenção os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam a avaliação de pré-teste em formato online. Em seguida, os participantes foram distribuídos de forma conveniente em

dois grupos, Grupo *Mindfulness* Intervenção Isolada e Grupo *Mindfulness* Intervenção Combinada. A avaliação de pós-teste, aconteceu durante as duas semanas que sucederam as oito semanas de tratamento tendo uma duração aproximada de 20 minutos. A avaliação da frequência das práticas e do tempo dedicados a elas foi realizada semanalmente via formulário eletrônico tendo uma duração aproximada de 5 minutos.

7.5 Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos registrado na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 04338418.2.0000.511. A participação foi totalmente voluntária. Os participantes não receberam retorno financeiro algum e poderiam desistir de participar a qualquer momento sem qualquer tipo de retaliação. Todas essas informações constaram no TCLE da pesquisa. Este estudo ofereceu riscos mínimos aos participantes, sendo que houve possibilidades de desconforto em função do treinamento da atenção plena via práticas de *mindfulness*. Com o treinamento atencional, habilidade desconhecida para os participantes, alguns experimentaram desconfortos, como o aumento dos sintomas psicológicos. Porém, esses riscos foram minimizados pelas orientações e preparo técnico da pesquisadora, que recebeu treinamento específico para tal.

7.6 Intervenção

O Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness é uma intervenção baseada em *mindfulness* construída a partir de programas de intervenção baseados em evidência como o *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* e *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)* com adaptações para a população brasileira. É um programa voltado para

vulnerabilidades gerais e para o desenvolvimento de hábitos e atitudes com foco no aumento da percepção de qualidade de vida. Possui duração de oito semanas, com encontros semanais de duas horas de duração e número ideal de aproximadamente 15 participantes por grupo. Em cada encontro, são desenvolvidas práticas meditativas de regulação atencional e emocional, dinâmicas, conteúdos psicoeducacionais e momentos de partilha de experiências. O programa conta com uma apostila própria, com conteúdos relativos a cada uma das oito sessões, instruções para as práticas meditativas formais e informais e diários, para que o participante possa monitorar o seu desenvolvimento durante as oito semanas. Além disso, são fornecidos os áudios das práticas para treinamento em casa. Todas as sessões são estruturadas e padronizadas, a fim de facilitar a aprendizagem do participante. A intervenção foi conduzida pela pesquisadora, a qual além de ter experiência pessoal com as práticas de *mindfulness*, recebeu treinamento formal para a condução do programa sendo instrutora certificada para tal. A Figura 2 apresenta o resumo dos conteúdos e práticas de cada uma das sessões do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*.

Sessão 1 – Tema: Saborear a Vida.	
Objetivos	Objetivos básicos: conceituar <i>mindfulness</i> de forma prática por meio da Dinâmica da Uva Passa e desenvolver a consciência corporal por meio da prática do Escaneamento Corporal. A Dinâmica da Uva Passa pretende mostrar que <i>mindfulness</i> é uma habilidade que pode ser treinada formalmente e também a partir de vários eventos da vida cotidiana. Nesta dinâmica é enfatizada a contraposição entre o Modo <i>Mindfulness</i> e o modo Piloto Automático e suas implicações na vida. A prática do Escaneamento Corporal pretende usar as sensações corporais como uma forma de redirecionar a atenção para o momento presente desenvolvendo a equanimidade, a habilidade de perceber a tendência em agir de forma reativa piloto automático além de aprender a redirecionar intencionalmente a atenção e lidar habilidosamente com as distrações da mente.
Conteúdos	
Sessão 2 – Tema: Como Vivemos?	
Objetivos	A Sessão 2 é composta por uma dinâmica e duas práticas. A Prática do Escaneamento Corporal iniciada na primeira sessão é mantida e aprimorada e é inserida a Prática da Respiração cuja intenção é cultivar a habilidade de orientar, sustentar e estabilizar a atenção no momento presente. Na Prática da Respiração o participante vai ancorar a sua atenção na respiração e se familiarizar com a tendência da mente em divagar, aproveitando para desenvolver as habilidades de perceber, reconhecer e retornar ao presente tratando as suas divagações de forma gentil e cordial. A Prática do Escaneamento Corporal e a Prática da Respiração são treinamentos de atenção que empregam ancoragem diferentes para a atenção como as sensações e respiração, respectivamente. A dinâmica desta sessão é sobre o Primeiro e o Segundo Sofrimentos. A intenção é refinar a aprendizagem do aluno acerca do modo de funcionamento mental do Piloto Automático em que um agente estressor pode
Conteúdos	

desencadear uma cascata de cognições e emoções que levarão ao sofrimento desnecessário. É importante que o aluno comece a perceber as tendências do seu funcionamento cognitivo como as tendências catastróficas da ansiedade e as tendências ruminativas da depressão.

Sessão 3 – Tema: Como podemos viver?

Objetivos
Conteúdos

A Sessão 3 aprofunda as aprendizagens das aulas anteriores mantendo a Prática da Respiração e inserido duas novas práticas e duas dinâmicas para frisar determinadas habilidades e conteúdos. As Práticas dos Movimentos tem a intenção de aumentar o conhecimento e a conexão como próprio corpo, de estar presente e acompanhar as sensações no corpo a cada instante aprendendo a se manter na experiência seja qual for a sua natureza, reconhecendo os limites e os “primeiros sinais” de aversão, atração e neutralidade. A Prática dos Três Passos tem a intenção a ajudar o participante a tomar consciência do que está acontecendo, desenvolver o centramento e a ampliação a fim interromper o modo de funcionamento do Piloto Automático e suas respostas reativas. Essa prática visa instrumentalizar os alunos para não se deixar levar pelas cascatas de cognições e emoções, diminuir a reatividade e realizar escolhas mais conscientes. As dinâmicas do “Oi, Obrigado e Thau” e da Caneta são formas lúdicas de frisar tais habilidades e corroboram os princípios contidos nas práticas desenvolvidas e para apresentar o modelo neurocognitivo da atenção.

Sessão 4 – Tema: Como interpretamos a vida.

Objetivos
Conteúdos

A Sessão 4 mantém a proposta de aprofundar os conteúdos e práticas aprendidos nas aulas anteriores. O elemento novo desta aula é a introdução do monitoramento aberto por meio da Prática dos Sons e Pensamentos. A qualidade da atenção que se procura desenvolver com o *mindfulness* não é somente a atenção focada, mas também a atenção de monitoramento aberto capaz de captar todo tipo de experiência: as sensações do corpo, a respiração, os pensamentos e as emoções com atitudes de abertura e curiosidade. Nesta sessão emprega-se a analogia com a natureza para que o aluno compreenda a transitoriedade das experiências, ou seja, que ele se torne capaz de reconhecer sem se apegar e que utilize com sabedoria os modos de funcionamento mental (Modo Atuante e Modo Existente).

Sessão 5 – Tema: Como lidar com as dificuldades da vida.

Objetivos
Conteúdos

Os objetivos desta sessão são revisar o que foi vivido e o que ficou da primeira metade do programa, estimular o visitar e renovar das motivações, intenções, compromissos e apreciação por si mesmo por estar e chegar onde chegou. Aprofundar a relação com os pensamentos via monitoramento aberto (habilidade de se desprender e se colocar no espaço aberto e curioso). Proporcionar a compreensão dos três sistemas de regulação emocional (Sistemas de Equilíbrio, Ameaça e Recompensa) por meio da vivência corporal e reflexão desses modos de operar no dia a dia.

Sessão 6 – Tema: Sentir e atender as necessidades do coração.

Objetivos
Conteúdos

Nesta sessão ocorre o contato com as práticas de autocompaixão. Algumas pessoas têm tendência de serem muito rigorosas com seus erros e falhas, algo que é comum e natural na experiência humana. O desenvolvimento da autocompaixão implica em ser mais gentil e menos rigoroso frente as próprias imperfeições o que gera efeitos protetivos no que se refere aos transtornos depressivos e ansiosos.

Sessão 7 – Tema: Compartilhar as qualidades do coração.

Objetivos
Conteúdos

Nesta sessão será trabalhado o tema da compaixão de forma ainda mais enfática. Desde as primeiras sessões atitudes que favorecem a compaixão como a abertura, gentileza e não julgamento já vem sendo treinadas, mas nesta, este tema ficará mais evidente. Desenvolver a compaixão permite ter maior conexão e favorece a mobilização de maiores recursos para auxiliar os outros, o que melhora a qualidade dos relacionamentos interpessoais.

Sessão 8 – Tema: Finitude e viver autêntico.

Objetivos	Nesta sessão será trabalhado o tema da finitude. A ideia é que fique claro que a finitude se apresenta em nossas vidas a cada momento e que tomar consciência disso nos permite estar mais atentos para o que realmente importa. Contemplar a finitude abre uma oportunidade de aprender com o que foi vivido e fazer escolhas mais conscientes e alinhadas as reais necessidades e valores de cada indivíduo.
Conteúdos	

Figura 2. Resumo dos conteúdos e práticas de cada uma das sessões do Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness.

7.7 Análise de Dados

Inicialmente foram realizadas as análises descritivas dos dados obtidos no questionário sociodemográfico para a caracterização da amostra. Em seguida foi observada a distribuição dos dados em ambos os momentos (T1 e T2) por meio do teste Shapiro-Wilk, mais adequado para amostras pequenas (Miot, 2017). Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal foi aplicado o procedimento de bootstrapping (1000 re-amostragens; 95% IC – intervalo de confiança – Bca – bias-corrected and accelerated) para a correção de desvios de normalidade da distribuição da amostra (Haukoos & Lewis, 2005). Posteriormente foram realizados os testes t de Student para medidas repetidas (pareadas) para comparar os escores dos participantes entre T1 e T2. Para investigar se a presença nos encontros e a realização das práticas domésticas (frequência e tempo) de *mindfulness* teve efeito nos escores de percepção de qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse de *mindfulness* foi aplicado o *Generalized Estimating Equations* (GEE) com distribuição linear, função de ligação identidade e matriz de covariância não estruturada. O tempo (T1 e T2), frequência de presença nos encontros, frequência de prática semanal e minutos dedicados foram as variáveis de efeito fixo nos modelos em que $V.Desfecho = \beta_0 + \beta_1.tempo + \beta_2.f_encontros + \beta_3.f_prática + \beta_4.minutos_dedicados + \xi$; β_0 é a constante e ξ é correlacionado (mesmas pessoas no que diz respeito ao tempo).

7.8 Resultados

7.8.1 *Descrição da Amostra*

Houve uma predominância do público feminino (80,9%) na amostra e a idade média dos participantes foi de 29,8 (DP=5,04) anos. Em relação ao estado civil, a maioria (68,3%) era solteira, não possuía vínculo empregatício formal (73,3%) e contava com bolsa de estudos (78,3%). Os dados estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos participantes (n=42).

		n	Porcentagem	Média (DP)
Idade				29,8 (5,04)
Sexo	Masculino	8	19,1	
	Feminino	34	80,9	
Estado Civil	Solteiro	29	68,3	
	Divorciado	1	3,3	
	Casado e/ou vivendo com companheiro(a)	12	28,4	
Trabalho formal	Sim	11	26,7	
	Não	31	73,3	
Bolsa de estudos	Sim	33	78,3	
	Não	9	21,7	

No que se refere às atividades de pós-graduação e aos impactos da pandemia da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19) sobre o andamento dos trabalhos de pesquisa, cerca de 58% dos pós-graduandos relataram atraso em seus cronogramas, 58,1% afirmaram que a pandemia afetou o seu trabalho de pesquisa sendo que 76,2% apontaram impacto médio e/ou intenso. No que se refere ao relacionamento com orientador, a maior parte dos participantes (67,5%) classificou a relação como boa ou ótima e 11,3% apontaram uma relação ruim ou péssima. Quando inquiridos sobre o grau de satisfação no curso de pós-graduação, 53,5% dos participantes disseram estar satisfeitos, 39,5% parcialmente satisfeitos e 7% declararam insatisfação em relação às suas atividades acadêmicas. Os resultados estão disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2

Atividades de pós-graduação e impactos da pandemia da COVID-19 (n=42).

		n	Porcentagem
Seu trabalho de pesquisa está em dia em relação aos seus prazos?	Sim	18	41,9
	Não	24	58,1
A pandemia da Covid-19 afetou o seu trabalho de pesquisa?	Sim	25	58,1
	Não	3	7,0
	Em parte	14	34,9
Se sim, o quanto a pandemia afetou o seu trabalho de pesquisa	Nada	0	0,0
	Um pouco	10	23,8
	Médio	15	35,7
	Muito	17	40,5
Como você classificaria o seu relacionamento com seu orientador no momento?	Bom	15	34,9
	Ótimo	14	32,6
	Regular	8	20,9
	Ruim	4	9,3
	Péssimo	1	2,3
Você está satisfeito por cursar este curso?	Sim	22	53,5
	Não	3	7,0
	Em parte	17	39,5

A investigação acerca da percepção da saúde física e emocional dos pós-graduandos apontou que, no momento, 78,5% deles consideram ter algum problema de saúde mental e 64,2% disseram possuir algum distúrbio de ordem física. Uma parte dos participantes (33,4%) declarou já ter tido pensamentos sobre tirar a própria vida e outros 33,3% disseram usar algum medicamento ou substância química com objetivo de aliviar a tensão. Os dados podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3

Percepção de saúde física e emocional dos pós-graduandos (n=42).

	Categoria	n	Porcentagem
Você considera que tem algum problema de saúde física no momento?	Sim	15	35,8
	Não	27	64,2
Você considera que tem algum problema de saúde mental no momento?	Sim	33	78,5
	Não	9	21,5

Nos últimos três meses você teve algum pensamento sobre tirar a própria vida?	Sim	14	33,4
	Não	28	66,6
Você usa algum medicamento para conseguir dormir?	Sim	8	19,1
	Não	34	80,9
Você usa algum medicamento ou outra substância química com objetivo de aliviar a tensão?	Sim	14	33,3
	Não	24	57,1
	Às vezes	6	9,3

No que se refere à participação no programa e à realização das práticas durante o mesmo, foi observado que 54,7% dos pós-graduandos estiveram presentes em todos os encontros, sendo que os demais perderam no máximo duas sessões do programa. Quanto a realização dos exercícios formais de *mindfulness*, 62% dos participantes praticaram de três a quatro vezes por semana tendo dedicado de dez a quinze minutos diários para esta atividade.

7.8.2 Resultados comparativos pré e pós-teste: Grupo *Mindfulness* Intervenção Isolada

O grupo *mindfulness* intervenção isolada encerrou as suas atividades com 10 participantes sendo que houve perda de dois participantes durante o processo. A análise de normalidade dos dados apontou distribuição normal ($p > 0,05$) para a maior parte das variáveis analisadas. As exceções foram a dimensão “depressão” da escala DASS-21 e a dimensão “agir com consciência - piloto automático” da escala FFMQ. Os resultados da análise de normalidade estão disponíveis na Tabela 4.

Tabela 4

Análise da normalidade dos dados do Grupo *Mindfulness* Intervenção Isolada (n=10).

Fatores/Dimensões dos instrumentos	Teste Shapiro-Wilk			
	Tempo 1 (Pré-teste)		Tempo 2 (pré-teste)	
	Estatística	p	Estatística	p
WHOQOL – Físico	0,929	0,439	0,902	0,232
WHOQOL – Psicológico	0,898	0,210	0,976	0,940

WHOQOL – Relações Sociais	0,970	0,895	0,947	0,637
WHOQOL – Meio Ambiente	0,958	0,759	0,895	0,191
DASS – Ansiedade	0,908	0,267	0,958	0,768
DASS – Depressão	0,959	0,775	0,826	0,030*
DASS – Estresse	0,967	0,866	0,985	0,985
FFMQ – Não julgar a experiência...	0,985	0,987	0,955	0,726
FFMQ – Agir com consciência (Piloto...	0,907	0,259	0,834	0,038*
FFMQ – Observar	0,907	0,258	0,976	0,941
FFMQ – Descrever	0,909	0,277	0,937	0,523
FFMQ – Descrever (itens negativos...	0,928	0,433	0,951	0,684
FFMQ – Não reagir à experiência...	0,861	0,079	0,957	0,752
FFMQ – Agir com consciência (distra...	0,846	0,052	0,951	0,675

*p < 0,05

No que se refere a avaliação dos efeitos da intervenção sobre a percepção de qualidade de vida dos participantes, os dados apontaram que os resultados foram significativamente maiores no pós-teste quando comparados com o pré-teste com tamanho de efeito da diferença alto para três dentre as quatro dimensões da escala WHOQOL (aspectos físicos $p=0,01$; $d=0,96$, aspectos psicológicos $p=0,01$; $d=0,90$ e meio ambiente $p=0,21$; $d=0,88$). Apenas a dimensão das relações sociais ($p=0,17$; $d=0,46$) não apresentou diferenças estatisticamente significativas com tamanho de efeito pequeno.

Os dados relativos aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse medidos pela escala DASS-21 apontaram que os níveis de depressão ($p=0,04$; $d=0,76$) foram significativamente menores no pós-teste quando comparados com o pré-teste e que o tamanho de efeito da diferença foi médio. Porém, os níveis de ansiedade ($p=0,16$; $d=0,47$) e de estresse ($p=0,49$;

$d=0,27$) não foram significativamente menores ao final da intervenção e as análises de tamanho do efeito de ambas variáveis indicaram um tamanho de efeito da diferença pequeno.

No que se refere a avaliação dos efeitos sobre as habilidades de *mindfulness* dos participantes, os dados apontaram que os resultados foram significativamente maiores no pós-teste quando comparados com o pré-teste para três dentre as sete dimensões da escala FFMQ (agir com consciência $p=0,03$; observar $p=0,04$; não reagir a experiência $p=0,00$). A análise de tamanho de efeito da diferença foi alto para as variáveis agir com consciência ($d=1,32$) e não reagir a experiência ($d=1,66$) e médio para observar ($d=0,74$). Os escores na dimensão “agir com consciência - distração” não foram significativamente maiores no pós-teste quando comparados com o pré-teste. De todo modo, o valor de $d = 0,564$ indicou que o tamanho de efeito da diferença foi moderado. Todos os dados podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5
Média (DP) da qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse e de *mindfulness* antes (T1 pré-teste) e após a intervenção (T2 pós-teste) (n=10).

	Grupos		Estatística do teste t	
	T1	T2	t	d*
WHOQOL				
Físico	3,000 (0,535)	3,443(0,474)	-3,051	0,965
Psicológico	3,067 (0,479)	3,533 (0,496)	-2,871	0,908
Relações Sociais	3,167 (0,790)	3,400 (0,734)	-1,481	0,468
Meio Ambiente	3,212 (0,540)	3,475 (0,463)	-2,792	0,883
DASS-21				
Ansiedade	12,300 (4,296)	10,300 (2,163)	1,500	0,474
Depressão	12,800 (3,425)	10,000 (2,357)	0,004	0,762
Estresse	15,400 (5,379)	13,900 (4,149)	0,409	0,274

FFMQ-BR				
Não julgar a experiência...	22,700 (7,334)	25,700 (7,889)	-1,192	0,377
Agir com consciência	11,200 (5,245)	17,700 (4,877)	-4,191	1,325
Observar	19,700 (6,325)	25,200 (7,269)	-2,342	0,740
Descrever	13,200 (5,493)	16,300 (5,889)	-1,593	0,504
Descrever (itens negativos)	10,600 (3,534)	12,200 (2,098)	-1,953	0,618
Não reagir a experiência	12,400 (3,273)	19,800 (5,884)	-5,256	1,662
Agir com consciência (distração)	6,600 (3,806)	8,200 (3,584)	-1,784	0,564

Nota. d^* = d de Cohen; $p^{**} < 0,05$.

Os dados referentes a análise das 14 variáveis de desfecho, sendo quatro variáveis relativas à qualidade de vida, três relacionadas a depressão, ansiedade e estresse e sete concernentes as habilidades de *mindfulness*, mostraram que o grupo *mindfulness* intervenção isolada obteve resultados estatisticamente significativos em sete delas com tamanhos de efeitos da diferença moderado em duas variáveis e elevado nas demais.

7.8.3 Resultados das Estimativas de Equações Generalizadas (GEE): Grupo Mindfulness Intervenção Isolada

Além dos efeitos da intervenção sobre a qualidade de vida, sintomas de depressão, ansiedade e estresse e das habilidades de *mindfulness* dos participantes, foi investigado se a presença nos encontros do programa e a realização das práticas domésticas em termos de frequência semanal e o tempo em minutos diários dedicados a elas tiveram efeito nos escores dos desfechos de interesse. Os resultados da análise de GEE para a qualidade de vida apontaram que três dentre as quatro dimensões analisadas se mostraram sensíveis ao caráter longitudinal da intervenção. A dimensão dos aspectos físicos (β 0,443; $p=0,00$), psicológicos (β 0,467;

$p=0,02$) e do meio ambiente ($\beta 0,263$; $p=0,00$) mostraram efeitos estatisticamente significativos em T2. No que se refere aos impactos da frequência semanal das práticas, o valor β da dimensão da psicológica (0,509) indicou que quando o participante aumentava o número semanal de práticas, os escores da dimensão em questão experimentava impactos positivos.

No que se refere aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse medidos pela escala DASS-21, na dimensão da depressão foram perceptíveis os efeitos da extensão do programa. Os escores de depressão em T2 ($\beta 2,80$; $p=0,01$) apresentaram efeitos estatisticamente significativos quando comparados ao T1. No caso da frequência da prática, o valor de β (-2,79) indicou uma relação negativa entre o número de práticas semanais e os sintomas depressivos, isto é, a maior frequência dos exercícios de atenção plena implicou na redução dos sintomas característicos da referida dimensão. Para a ansiedade e o estresse não houve influência estatisticamente significativa da presença nos encontros do programa e da realização das práticas domésticas em termos de frequência semanal e do tempo em minutos diários dedicados a elas.

Acerca das habilidades de *mindfulness*, os resultados apontaram que quatro dentre as sete facetas da escala FFMQ-BR mostraram efeitos relativos ao decurso da intervenção. Agir com consciência – piloto automático ($\beta -6,50$; $p=0,00$), observar ($\beta -5,50$; $p=0,01$), descrever – itens negativos ($\beta -1,60$; $p=0,04$), e não reagir a experiência ($\beta -7,40$; $p=0,00$), mostraram efeitos estatisticamente significativa em T2. No que se refere a frequência das práticas, o valor de β para a faceta agir com consciência – piloto automático ($\beta -3,81$) mostrou que quanto mais o participante se envolvia nos exercícios de treinamento da atenção durante as semanas do programa, menor era a tendência de agir mecanicamente e baseado em automatismos. Concernente a participação nos encontros, os resultados apontaram que a cada encontro frequentado, diminuía as dificuldades em descrever a experiência interna por meio de

palavras (faceta descrever – itens negativos β -1,28). Todos resultados detalhados estão disponíveis na Tabela 6.

Tabela 6

Efeito da participação nos encontros e das práticas domésticas de *mindfulness* (frequência semanal e minutos dedicados) na percepção de qualidade de vida, nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse e nas habilidades de *mindfulness* (n=10).

WHOQOL		β	EP	IC 95%	p
Físico	Tempo (referência T2)	-0,443	0,138	-0,713; -0,173	0,001*
	Frequência nos encontros	0,197	0,126	-0,051; 0,444	0,119
	Frequência de prática	-0,209	0,249	-0,697; 0,279	0,401
	Minutos Dedicados	-0,099	0,143	-0,379; 0,181	0,489
Psicológica	Tempo (referência T2)	-0,467	0,154	-0,769; 0,164	0,002*
	Frequência nos encontros	-0,199	0,142	-0,478; 0,079	0,161
	Frequência de prática	0,509	0,142	0,231; 0,787	0,001*
	Minutos Dedicados	-0,239	0,139	-0,512; 0,033	0,085
Relações Sociais	Tempo (referência T2)	-0,233	0,149	-0,526; 0,060	0,118
	Frequência nos encontros	-0,352	0,313	-0,964; 0,261	0,260
	Frequência de prática	-0,210	0,188	-0,578; 0,157	0,262
	Minutos Dedicados	0,023	0,355	-0,673; 0,719	0,949
Meio Ambiente	Tempo (referência T2)	-0,263	0,089	-0,437; -0,088	0,003*
	Frequência nos encontros	-0,050	0,155	-0,354; 0,254	0,748
	Frequência de prática	0,495	0,293	-0,079; 1,069	0,091
	Minutos Dedicados	-0,138	0,173	-0,476; 0,200	0,423
DASS-21		β	EP	IC 95%	p
Ansiedade	Tempo (referência T2)	2,000	1,265	-0,479; 4,479	0,114
	Frequência nos encontros	0,949	0,791	-0,601; 2,499	0,230
	Frequência de prática	1,520	1,056	-0,550; 3,590	0,150
	Minutos Dedicados	1,303	0,922	-0,504; 3,110	0,158
Depressão	Tempo (referência T2)	2,800	1,103	0,639; 4,961	0,011*
	Frequência nos encontros	1,035	0,666	-0,270; 2,341	0,120
	Frequência de prática	-2,796	0,499	-3,775; -1,818	0,001*
	Minutos Dedicados	1,376	0,762	-0,118; 2,870	0,071
Estresse	Tempo (referência T2)	1,500	1,645	-1,724; 4,724	0,362
	Frequência nos encontros	0,648	1,248	-1,798; 3,095	0,604
	Frequência de prática	1,790	1,323	-0,803; 4,382	0,176
	Minutos Dedicados	0,356	1,137	-1,873; 2,585	0,754
FFMQ-BR		β	EP	IC 95%	p

Não julgar a experiência	Tempo (referência T2)	-3,000	2,388	-7,679;1,679	0,209
	Frequência nos encontros	-3,622	2,360	-8,246;1,003	0,125
	Frequência de prática	3,613	2,951	-2,171;9,397	0,221
	Minutos Dedicados	-3,449	2,299	-7,955;1,056	0,134
Agir com consciência (piloto automático)	Tempo (referência T2)	-6,500	1,471	-9,384;-3,616	0,001*
	Frequência nos encontros	0,631	1,847	-2,989;4,250	0,733
	Frequência de prática	-3,812	1,093	-5,954;-1,670	0,001*
	Minutos Dedicados	-0,082	1,696	-3,406;3,242	0,962
Observar	Tempo (referência T2)	-5,500	2,228	-9,867;-1,133	0,014*
	Frequência nos encontros	2,058	1,747	-1,366;5,481	0,239
	Frequência de prática	-1,794	1,712	-5,150;1,562	0,295
	Minutos Dedicados	1,674	1,230	-0,737;4,084	0,174
Descrever	Tempo (referência T2)	-3,100	1,846	-6,719;0,519	0,093
	Frequência nos encontros	-0,805	2,000	-4,724;3,114	0,687
	Frequência de prática	-1,131	2,309	-5,656;3,395	0,624
	Minutos Dedicados	1,194	1,462	-1,671;4,058	0,414
Descrever (itens negativos)	Tempo (referência T2)	-1,600	0,777	-3,123;-0,077	0,040*
	Frequência nos encontros	-1,283	0,575	-2,409;-0,157	0,026*
	Frequência de prática	-1,378	1,106	-3,546;0,789	0,213
	Minutos Dedicados	0,116	0,555	-0,972;1,204	0,834
Não reagir a experiência	Tempo (referência T2)	-7,400	1,336	-10,018;-4,782	0,001*
	Frequência nos encontros	-0,493	1,559	-3,548;2,561	0,752
	Frequência de prática	-2,524	1,895	-6,239;1,190	0,183
	Minutos Dedicados	-0,148	1,364	-2,821;2,525	0,913
Agir com consciência (distração)	Tempo (referência T2)	-1,600	0,851	-3,268;0,068	0,060
	Frequência nos encontros	1,243	0,979	-0,675;3,162	0,204
	Frequência de prática	-1,226	0,864	-2,920;0,468	0,156
	Minutos Dedicados	-1,102	0,942	-2,948;0,744	0,242

Nota. $p < 0,05$.

7.8.4 Resultados comparativos pré e pós-teste: Grupo Mindfulness Intervenção Combinada

O grupo *Mindfulness* Intervenção Combinada encerrou com 32 participantes sendo que houve perda de dois participantes durante o desenvolvimento do programa, um deles por desistência e o outro por não ter respondido os questionários de pós-teste. No que se refere a análise de normalidade dos dados, a dimensão das relações sociais da escala WHOQOL, as

dimensões da ansiedade e da depressão da escala DASS-21 e agir com consciência-piloto automático, descrever, descrever-itens negativos e agir com consciência-distração da escala FFMQ apresentaram, em um ou nos dois tempos (T1 e T2), uma ausência de distribuição normal dos dados ($p < 0,05$ no teste de Shapiro-Wilk). Essas variáveis foram submetidas ao procedimento de bootstrapping (1000 re-amostragens; 95% IC – intervalo de confiança – Bca) para obtenção de maior confiabilidade dos resultados e correção dos desvios de normalidade da distribuição da amostra (Haukoos & Lewis, 2005). A Tabela 7 apresenta os dados relativos a normalidade dos dados.

Tabela 7

Análise da normalidade dos dados do Grupo *Mindfulness* Intervenção Combinada (n=32).

Fatores/Dimensões dos instrumentos	Teste Shapiro-Wilk			
	Tempo 1 (Pré-teste)		Tempo 2 (pré-teste)	
	Estatística	p	Estatística	p
WHOQOL – Físico	0,977	0,707	0,938	0,067
WHOQOL – Psicológico	0,948	0,130	0,971	0,522
WHOQOL – Relações Sociais	0,979	0,760	0,925	0,028*
WHOQOL – Meio Ambiente	0,951	0,157	0,963	0,340
DASS – Ansiedade	0,893	0,004*	0,925	0,029*
DASS – Depressão	0,941	0,077	0,933	0,048*
DASS – Estresse	0,970	0,486	0,942	0,088
FFMQ – Não julgar a experiência...	0,962	0,319	0,962	0,313
FFMQ – Agir com consciência (Piloto...	0,902	0,007*	0,901	0,006*
FFMQ – Observar	0,942	0,087	0,974	0,624
FFMQ – Descrever	0,922	0,024*	0,959	0,258

FFMQ – Descrever (itens negativos...	0,942	0,086	0,870	0,001*
FFMQ – Não reagir à experiência...	0,955	0,194	0,965	0,363
FFMQ – Agir com consciência (distra...	0,841	0,001*	0,927	0,032*

Nota. $p < 0,05$

No que se refere a avaliação dos efeitos da intervenção sobre a qualidade de vida dos participantes, os resultados foram significativamente maiores no pós-teste quando comparados com o pré-teste para todas as variáveis analisadas (aspectos físicos $p=0,00$; psicológicos $p=0,00$; relações sociais $p=0,00$; meio ambiente $p=0,00$). O tamanho de efeito da diferença alto para a dimensão dos aspectos físicos ($d=0,94$) e aspectos psicológicos ($d=1,03$) e médio para as variáveis relações sociais ($d=0,06$) e meio ambiente ($d=0,05$).

Os dados concernentes à significância estatística dos sintomas de depressão ($p=0,00$), ansiedade ($p=0,00$) e estresse ($p=0,00$) apontaram que os escores dessas três variáveis foram consideravelmente menores no pós-teste quando comparados com o pré-teste. No que se refere a análise de tamanho do efeito, a variável estresse apresentou tamanho de efeito da diferença alto ($d=0,844$) e depressão e ansiedade apresentaram tamanhos de efeito médio ($d=0,545$; $d=0,609$), respectivamente.

No tocante à avaliação dos efeitos sobre as habilidades de *mindfulness* dos participantes, os resultados foram significativamente maiores no pós-teste quando comparados com o pré-teste para todas as sete facetas da escala FFMQ-BR. A análise de tamanho de efeito da diferença foi moderada para quatro variáveis: não julgar a experiência ($d=0,676$), agir com consciência ($d=0,613$), observar ($d=0,570$) e não reagir a experiência ($d=0,584$). As variáveis descrever, descrever – itens negativos e agir com consciência – distração apresentaram tamanhos de efeito pequeno conforme consta na Tabela 8.

Tabela 8

Média (DP) da qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse e de *mindfulness* antes (T1 pré-teste) e após a intervenção (T2 pós-teste) (n=32).

WHOQOL	Grupos	Estatística do teste t
--------	--------	------------------------

	T1	T2	t	d*
Físico	3,254 (0,559)	3,589 (0,558)	-5,366	0,949
Psicológico	2,896 (0,615)	3,333 (0,638)	-6,241	1,103
Relações Sociais	3,146 (0,871)	3,583 (0,799)	-3,623	0,639
Meio Ambiente	3,426 (0,529)	3,590 (0,504)	-2,833	0,501
DASS-21				
Ansiedade	13,906 (5,444)	11,594 (3,868)	3,445	0,609
Depressão	15,188 (5,533)	13,188 (4,314)	3,081	0,545
Estresse	17,531 (4,486)	14,656 (3,815)	4,776	0,844
FFMQ-BR				
Não julgar a experiência...	23,375 (8,047)	28,000 (7,505)	-3,826	0,676
Agir com consciência	13,188 (6,018)	16,594 (5,724)	-3,467	0,613
Observar	21,156 (8,595)	24,781 (6,434)	-3,225	0,570
Descrever	12,781 (5,829)	14,594 (5,453)	-2,582	0,456
Descrever (itens negativos)	10,344 (3,327)	11,594 (2,758)	-2,336	0,413
Não reagir a experiência	14,531 (5,003)	17,625 (5,488)	-3,306	0,584
Agir com consciência (distração)	7,188 (4,075)	8,563 (3,360)	-2,668	0,472

Nota. d* = d de Cohen; p** <0,05.

Os dados relativos para a investigação das 14 variáveis de interesse mostraram que o grupo *mindfulness* intervenção combinada obteve resultados estatisticamente significativos para todas as variáveis analisadas com tamanhos de efeitos da diferença alto em três delas, moderado em oito e pequenos nas três restantes.

7.8.5 Resultados das Estimativas das Equações Generalizadas: Grupo Mindfulness Intervenção Combinada

Diferentemente do que ocorreu no grupo *mindfulness* intervenção isolada, todas as dimensões da escala WHOQOL no Grupo *Mindfulness* Intervenção Combinada se mostraram sensíveis ao programa de intervenção. Os valores de β na dimensão dos aspectos físicos 0,335 ($p=0,001$), psicológicos 0,438 ($p=0,001$), das relações sociais 0,438 ($p=0,001$) e do meio ambiente 0,164 ($p=0,004$) mostraram efeitos estatisticamente significativos em T2 apontando uma melhora na percepção de qualidade de vida. De forma mais específica, a participação nos encontros, a frequência semanal das práticas e os minutos dedicados a elas não demonstraram efeitos sobre os escores analisados.

Seguindo a tendência observada na escala WHOQOL, todas as dimensões da escala DASS-21 mostraram diferenças estatisticamente significativas. O valor de β para ansiedade 2,313 ($p=0,001$) e para o estresse 2,875 ($p=0,001$) foram uma unidade menor enquanto a depressão demonstrou uma mudança mais pronunciada com um escore β 2,000 ($p=0,002$) unidades menores em T2 quando contrastado com T1. A frequência semanal das práticas de *mindfulness* também exerceu influência mais significativa sobre os sintomas depressivos. O valor de β indicou que quanto mais práticas o participante realizava, menos sintomas depressivos eram sentidos por ele (β 3,009; $p = 0,027$).

Em relação ao amadurecimento das habilidades de *mindfulness*, os resultados apontaram que todas as sete facetas da escala FFMQ-BR mostraram efeitos concernentes ao decurso da intervenção em T2. No que se refere a frequência da prática, a faceta não julgar a experiência apresentou valor de β 4,31 ($p=0,010$) indicando que quanto mais exercícios de atenção plena o praticante realizava ao longo da semana, maior desenvolvimento era notado na sua postura não avaliativa e julgadora em relação a experiência interna (cognições, emoções e sensações corporais). A faceta observar avalia a capacidade do participante em notar os aspectos da sua

experiência interna como os pensamentos, sentimentos e sensações físicas. O valor de β -5,06 ($p=0,001$) indicou que foi observada uma diminuição nas habilidades de observação a medida que o praticante aumentava a frequência dos exercícios de treinamento da atenção. Por outro lado, no caso dos minutos dedicados, o valor de β 4,24 ($p=0,002$) indicou que práticas mais longas contribuíam para aumentar as habilidades de observação da experiência. Em relação a faceta descrever – itens negativos, os resultados apontaram que a cada encontro frequentado, diminuía as suas dificuldades em descrever a sua experiência interna por meio de palavras ($\beta= -1,07$ $p=0,02$). Todos resultados detalhados estão disponíveis na Tabela 9.

Tabela 9

Efeito da participação nos encontros e das práticas domésticas de *mindfulness* (frequência semanal e minutos dedicados) na percepção de qualidade de vida, nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse e nas habilidades de *mindfulness* (n=32).

WHOQOL		β	EP	IC 95%	p
Físico	Tempo (referência T2)	-0,335	0,061	-0,455; -0,214	0,001
	Frequência nos encontros	0,007	0,101	-0,191; 0,205	0,948
	Frequência de prática	0,194	0,165	-0,129; 0,517	0,239
	Minutos Dedicados	-0,099	0,122	-0,251; 0,226	0,917
Psicológica	Tempo (referência T2)	-0,438	0,069	-0,573; -0,302	0,001
	Frequência nos encontros	-0,130	0,112	-0,349; 0,090	0,246
	Frequência de prática	0,169	0,170	-0,165; 0,502	0,322
	Minutos Dedicados	0,050	0,106	-0,159; 0,258	0,641
Relações Sociais	Tempo (referência T2)	-0,438	0,119	-0,671; -0,204	0,001
	Frequência nos encontros	0,048	0,130	-0,207; 0,304	0,711
	Frequência de prática	0,382	0,250	-0,107; 0,871	0,126
	Minutos Dedicados	-0,287	0,263	-0,803; 0,229	0,275
Meio Ambiente	Tempo (referência T2)	-0,164	0,057	-0,276; -0,052	0,004
	Frequência nos encontros	0,034	0,097	-0,155; 0,224	0,722
	Frequência de prática	0,223	0,145	-0,062; 0,508	0,125
	Minutos Dedicados	-0,087	0,142	-0,365; 0,190	0,538
DASS-21		β	EP	IC 95%	p
Ansiedade	Tempo (referência T2)	2,313	0,661	1,018; 3,607	0,001
	Frequência nos encontros	-0,013	0,856	-1,691; 1,665	0,988
	Frequência de prática	-2,236	1,317	-4,818; 0,345	0,090
	Minutos Dedicados	1,116	1,306	-1,442; 3,675	0,393

Depressão	Tempo (referência T2)	2,000	0,639	0,748; 3,252	0,002
	Frequência nos encontros	0,391	0,941	-1,454; 2,235	0,678
	Frequência de prática	-3,009	1,360	-5,675; -0,343	0,027
	Minutos Dedicados	0,439	1,055	-1,629; 2,507	0,677
Estresse	Tempo (referência T2)	2,875	0,593	1,714; 4,036	0,001
	Frequência nos encontros	0,007	0,752	-1,466; 1,480	0,993
	Frequência de prática	-0,940	1,143	-3,181; 1,301	0,411
	Minutos Dedicados	0,325	0,973	-1,582; 2,232	0,738
FFMQ-BR		β	EP	IC 95%	p
Não julgar a experiencia	Tempo (referência T2)	-4,625	1,190	-6,957;-2,293	0,000
	Frequência nos encontros	-1,389	1,374	-4,082;1,304	0,312
	Frequência de prática	4,130	1,689	0,820;7,439	0,014
	Minutos Dedicados	-0,393	1,635	-3,597;2,811	0,810
Agir com consciência	Tempo (referência T2)	-3,406	0,9671	-5,302;-1,511	0,000
	Frequência nos encontros	-1,45	1,0943	-3,595;0,695	0,185
	Frequência de prática	1,972	1,5295	-1,025;4,970	0,197
	Minutos Dedicados	1,733	1,156	-0,533;3,999	0,134
Observar	Tempo (referência T2)	-3,625	1,1064	-5,794;-1,456	0,001
	Frequência nos encontros	-1,471	1,3505	-4,118;1,176	0,276
	Frequência de prática	-5,061	1,5657	-8,130;-1,992	0,001
	Minutos Dedicados	4,245	1,3502	1,598;6,891	0,002
Descrever (itens negativos)	Tempo (referência T2)	-1,813	0,691	-3,167;-0,458	0,009
	Frequência nos encontros	-1,383	1,1491	-3,635;0,869	0,229
	Frequência de prática	-0,419	1,3202	-3,007;2,168	0,751
	Minutos Dedicados	-0,720	1,3694	-3,404;1,964	0,599
Descrever (itens negativos)	Tempo (referência T2)	-1,250	0,5266	-2,282;-0,218	0,018
	Frequência nos encontros	-1,076	0,4834	-2,023;-0,128	0,026
	Frequência de prática	0,976	0,7248	-0,444;2,397	0,178
	Minutos Dedicados	0,559	0,5921	-0,601;1,720	0,345
Não reagir a experiência	Tempo (referência T2)	-3,094	0,9211	-4,899;-1,288	0,001
	Frequência nos encontros	-1,103	0,8001	-2,671;0,465	0,168
	Frequência de prática	-0,518	1,1676	-2,807;1,770	0,657
	Minutos Dedicados	0,461	0,9272	-1,356;2,278	0,619
Agir com consciência	Tempo (referência T2)	-1,375	0,5073	-2,369;-0,381	0,007
	Frequência nos encontros	-0,525	0,7253	-1,947;0,896	0,469
	Frequência de prática	1,077	1,0815	-1,042;3,197	0,319
	Minutos Dedicados	0,819	0,837	-0,822;2,459	0,328

Nota. $p < 0,05$.

7.9 Discussão

O principal objetivo deste trabalho foi investigar os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*, de oito encontros semanais, em formato online, na qualidade de vida, depressão, ansiedade, estresse, *mindfulness* e os impactos da frequência aos encontros do programa e da frequência e duração das práticas meditativas sobre tais desfechos em uma amostra de pós-graduandos. De forma geral, os dados permitiram observar que o grupo *mindfulness* intervenção combinada apresentou melhora em um número maior de variáveis que o grupo de intervenção isolada. Entretanto, esse resultado precisa ser tratado com cautela visto que o grupo de intervenção combinada também foi o conjunto com maior número de pessoas, o que pode ter favorecido a mensuração dos efeitos nas análises estatísticas.

A evidência empírica inicial aponta que as intervenções baseadas em *mindfulness* são efetivamente fornecidas online assim como acontece com as presenciais (Burgstahler & Stenson, 2020; Cavanagh et al. 2018; Mak, Chio, Chan, Lui, & Wu, 2017; Jayawardene, Lohrmann, Erbe, & Torabi, 2017; Spadaro & Hunker, 2016). Nestes casos, a diferença entre uma e outra seria unicamente o meio de realização, isto é, as online se valem das plataformas de videoconferência e, por isso, não há contato físico entre os participantes. Esta é a mudança principal visto que a essência central das intervenções é mantida tal como ocorreria presencialmente. Dado o aumento do acesso digital, principalmente entre os jovens e pessoas de meia-idade em ambientes acadêmicos e organizacionais, as IBM online podem ser uma estratégia mais conveniente e econômica em comparação com as intervenções tradicionais face a face (Jayawardene, Lohrmann, Erbe, & Torabi, 2017). Populações ocupadas e difíceis de alcançar presencialmente, mas digitalmente acessíveis poderiam ser diretamente beneficiadas por este tipo de trabalho.

No presente estudo, ambos os grupos realizados online apresentaram melhora no desfecho principal da qualidade de vida. Os efeitos das práticas de *mindfulness* sobre a medida

em questão já foram relatados em outros estudos (Gherardi-Donato et al. 2020; Assumpção et al., 2019; Quintero 2019). Os conteúdos presentes no programa de atenção plena foram estruturados, em geral, para abordar o manejo das experiências emocionais, físicas como a dor e o desconforto e relacionais. Tais temáticas estão em sintonia com três dentre os quatro domínios do construto de qualidade de vida (físico, psicológico, relações e meio ambiente) podendo explicar os resultados significativos com efeitos expressivos. No grupo de intervenção combinada, o domínio psicológico ainda foi influenciado pela frequência das práticas de *mindfulness*. Quanto mais o praticante se dedicava aos exercícios meditativos ao longo das semanas, melhor era a percepção da qualidade neste aspecto. Além disso, os efeitos observados no desfecho da qualidade de vida apontam a relação íntima entre a proposta da intervenção e os fenômenos psicológicos nos quais pretende incidir e modificar.

Os dois grupos também demonstraram melhora moderada nos sintomas depressivos corroborando os trabalhos de Assumpção et al. (2019), James et al. (2018), Song e Lindquist (2014), Gallego et al. (2014) e Berghmans et al. (2010) com estudantes universitários. Nas práticas meditativas, o indivíduo é incentivado a perceber as cognições disfuncionais e a não acompanhar o fluxo de pensamentos automáticos, que promovem o aumento dos estados subjetivos negativos. Esse modo de lidar com a experiência interna dificulta o desenvolvimento de uma cascata de pensamentos ruminativos que levam à espiral depressiva e à esquiva experiencial. Nesse contexto, ocorre o desenvolvimento da consciência metacognitiva, que é a capacidade de observar pensamentos e sentimentos negativos como eventos transitórios e não como uma realidade dada. À medida que o indivíduo progride nesta aptidão, diminuem os sintomas depressivos em função da maestria com que lida com os seus eventos mentais e emocionais. Para Gu, Strauss, Bond e Cavanagh (2015), este seria o provável mecanismo explicativo das mudanças observadas nos estados subjetivos negativos dos praticantes de *mindfulness*. No presente estudo, ambos os grupos, e em maior intensidade o grupo de

intervenção combinada, mostraram sensibilidade à frequência das práticas domésticas em relação a depressão. Tais dados, em certa medida, permitem inferir que a constância dos exercícios tenha contribuído para o amadurecimento das habilidades metacognitivas que exercem efeito sobre os sintomas depressivos.

No que se refere aos níveis de estresse, o grupo de intervenção combinada revelou mudanças estatisticamente significativas com tamanho de efeito alto. Este resultado está em consonância com estudos prévios que detectaram mudanças neste desfecho em amostras universitárias (Carpena & Menezes, 2018; James et al. 2018; Ying et al. 2018; Danilewitz et al. 2016; Song e Lindquist, 2014; Galego et al. 2014; Berghmans et al. 2010; Kang et al. 2018).

O estresse é um fenômeno que apresenta quatro níveis de gravidade (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão), sendo que o avanço dos sintomas implica no aumento da vulnerabilidade a doenças e impactos negativos em qualidade de vida (Lipp, 2017). O trabalho de Carpena e Menezes (2018) com uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação observou que uma intervenção baseada em *mindfulness* de seis semanas reduziu significativamente os escores de estresse nos níveis da resistência e da quase-exaustão. Os resultados demonstraram que intervenção aplicada minimizou os efeitos já existentes de estresse (fase de resistência) e preveniu o seu avanço para a fase mais severa (exaustão) que é caracterizada pelo esgotamento físico, psicológico e propício ao desenvolvimento de patologias somáticas e psiquiátricas (Carpena & Menezes, 2018; Lipp, 2017). De forma geral, os estudos sobre os efeitos das práticas de *mindfulness* sobre o estresse utilizam, em sua maioria, medidas de autorrelato. Entretanto, estudos prévios com amostras de universitários observaram que os marcadores biológicos, como o nível de cortisol basal (Fan et al., 2014) e a variabilidade cardíaca (Shearer et al., 2015) registraram diminuição nos níveis de estresse após quatro semanas de práticas meditativas em comparação aos controles. Combinar medidas de

autorrelato com marcadores biológicos seria um caminho para futuros estudos envolvendo as práticas de *mindfulness* e a redução de estresse.

No que se refere aos níveis de ansiedade, o grupo de intervenção combinada apresentou resultados significativamente maiores nas avaliações de pós-teste com tamanhos de efeito de mudança moderado. Outros estudos já haviam identificado este tipo de resultado (Sampl et al. 2017; Song e Lindquist, 2014; Gallego et al. 2014; Berghmans et al. 2010; Kang et al. 2008). Uma das características dos quadros ansiosos são as preocupações que podem ser entendidas como uma cadeia persistente de ideias repetitivas e incontroláveis focalizadas em desfechos negativos e incertos (Clark & Beck, 2012). A atenção plena contrasta fortemente com a experiência diária comum das pessoas que é a desatenção (Hoffman & Gómez, 2017). Um grande estudo usando dados de avaliação ecológica momentânea identificou que aproximadamente 47% das horas de vigília dos participantes foram gastas em divagações (Killingsworth & Gilbert, 2010). Além disso, os pesquisadores observaram que permanecer em divagação estava associado a um bem-estar psicológico deficiente. Em conjunto, esses dados sugerem que *mindfulness* auxilia moderadamente os indivíduos a reconhecer as preocupações e cognições de cunho catastrófico; a tratá-las conforme a sua natureza - eventos mentais transitórios sem necessidade de reação; a observar as sensações corporais ansiogênicas como o que elas realmente são - sensações físicas inofensivas e efêmeras - porém desagradáveis. Esse tipo de manejo da experiência interna na ansiedade seria um dos mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento de uma maior estabilidade emocional (Serowik, Roemer, Suvak, Liverant, & Orsillo, 2020).

No presente estudo, o programa utilizado gerou um aumento significativo nos escores de atenção plena nos participantes do grupo de intervenção combinada em todas as facetas do FFMQ. Por outro lado, o grupo de intervenção isolada obteve resultados expressivos somente nas facetas agir com consciência, observar e não reagir a experiência. Esses resultados estão

em consonância com o trabalho de Carpena e Menezes (2018), Bruin et al. (2015) e Carmody e Baer (2008) que observaram mudanças nessas dimensões do construto. Logo, uma conjectura acerca dessa amostra é que as práticas meditativas auxiliaram no desenvolvimento das habilidades de observação da experiência interna, aumentando a consciência sobre os próprios estados emocionais, inibindo as reações automatizadas e aumentando a capacidade de experimentar sentimentos e pensamentos sem que estes produzam, compulsoriamente, alguma reação (Carpena & Menezes, 2018). O mesmo raciocínio de aplica ao grupo de intervenção combinada sendo que este teve efeitos e benefícios em outras facetas também.

As práticas de *mindfulness* visam, de forma geral, ajudar o praticante a se familiarizar com os seus processos cognitivos, emocionais e comportamentais, a desenvolver novas atitudes no que se refere a sua forma de lidar consigo e com os desafios da vida culminando em autoconhecimento e equilíbrio emocional (Hoffman & Gómez, 2017). Para que tais objetivos sejam atingidos, a realização das práticas se faz necessária a fim instaurar novos padrões de funcionamento. A frequências das práticas domésticas, o número de minutos dedicados a elas e o número de presenças nos encontros foram monitorados no presente estudo com o objetivo de correlacionar a extensão das atividades feitas em casa com os efeitos observados nas variáveis de desfechos. No estudo de Assumpção et al. (2019), a média de exercícios de *mindfulness* semanais foi de 2,27 (DP = 0,5) sendo que o aconselhado foi cinco vezes por semana. No trabalho no De Vibe et al. (2013), os alunos realizaram as práticas formais cerca de 1,5 (DP = 0,2) vezes por semana, com duração média de 13 minutos por sessão. No presente estudo, os participantes tiveram um média semanal de práticas de 2,85 (DP = 0,4) com 15 minutos de duração em média. Esse conjunto de dados aponta que as práticas domésticas estão abaixo do que é preconizado pelas intervenções baseadas em *mindfulness*, mas que nestes trabalhos foram suficientes para gerar impactos nas variáveis de interesse. Considerando a baixa aderência aos exercícios feitos em casa, a aprendizagem que ocorre nos encontros grupais pode

desempenhar um papel importante na efetivação de mudanças positivas (Assumpção et al., 2019). No presente estudo, houve uma perda de três participantes durante a intervenção e as ausências nos encontros foram em média 1,45 (DP = 0,3). Esses números levam a conjecturar sobre a importância e o valor dos encontros coletivos e seus efeitos para os participantes.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A falta de um grupo-controle impossibilita dizer se os efeitos observados se referem a intervenção propriamente dita. A amostra pequena requer cautela na interpretação dos resultados. Os dados obtidos exclusivamente a partir do autorrelato podem estar sujeitos a viés de memória. A falta de dados de seguimento da intervenção limita as considerações acerca da manutenção de seus benefícios em médio e longo prazo. Pesquisas futuras podem tentar preencher tais lacunas a fim de contribuir para o desenvolvimento científico das intervenções baseadas em atenção plena.

A despeito das limitações, o presente estudo demonstrou que o Programa de Qualidade de Vida Baseado em *Mindfulness*, online, de oito semanas, produziu melhora na qualidade de vida, nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse e de *mindfulness* em pós-graduandos. Além disso, os resultados apontaram que a frequência das práticas meditativas, em especial, mediou os efeitos sobre determinadas variáveis de interesse. Tais desfechos podem ser bastante úteis para que as instituições de ensino superior considerem as intervenções coletivas em saúde mental como recurso auxiliar na formação dos pesquisadores visto que os impactos emocionais geram prejuízos pessoais e profissionais para estes indivíduos. Os programas em formato online, como foi o caso deste trabalho, podem ser uma opção ainda mais atrativa para este público que opera com sobrecarga de trabalho, escassez de tempo e de recursos e com necessidades prementes em saúde mental.

7.10 Referências

- Assumpção, A. A., Pena, C. S., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for university students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 4(3), 51. doi: 10.4103/2542-3932.263668
- Barros, V. V. D., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W. D., & Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the brazilian version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (3), 317-327. doi.org/10.1590/S0102-37722014000300009
- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Kretsch, M. (2010). Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience mindfulness-based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) chez des étudiants: une étude pilote contrôlée et randomisée. *Journal Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(1), 11-15. doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.03.001
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance abuse*, 30(4), 295-305. doi.org/10.1080/08897070903250084
- Bruin, E. I., Meppelink, R., & Bögels, S. M. de. (2015). Mindfulness in higher education: Awareness and attention in university students increase during and after participation in a mindfulness curriculum course. *Mindfulness*, 6(5), 1137-1142. doi.org/10.1007/s12671-014-0364-5
- Carpena, M. X., & Menezes, C. B. (2018). Efeito da meditação focada no estresse e mindfulness disposicional em universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34. doi.org/10.1590/0102.3772e3441
- Carmody, J., Baer, R. A., LB Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 613-626. 9. doi.org/10.1002/jclp.20579
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: guia do terapeuta*. Artmed: São Paulo.
- Costa, E. G. D., & Nebel, L. (2018). O quanto vale a dor? Estudo sobre a saúde mental de estudantes de pós-graduação no Brasil. *Polis. Revista Latinoamericana*, (50). 27. doi.org/10.4067/S0718-65682018000200207

- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515-523. doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001
- Danilewitz, M., Bradwejn, J., & Koszycki, D. (2016). A pilot feasibility study of a peer-led mindfulness program for medical students. *Canadian medical education journal*, 7(1), e31.
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC medical education*, 13(1), 107.
- Fan, Y., Tang, Y., & Posner, M. (2014). Cortisol level modulated by integrative meditation in a dose-dependent fashion. *Stress Health*, 30(1), 65-70. doi.org/10.1002/smi.2497
- Faro, A. (2013). Estresse e estressores na pós-graduação: estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29, 51-60. doi.org/10.1590/S0102-37722013000100007
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34, 178-183. doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012
- Galvan, T. C., Branco, G. M., & Saurin, T. A. (2015). Avaliação de carga de trabalho em alunos de pós-graduação em engenharia de produção: um estudo exploratório. *Gestão & Produção*, 22, 678-690. doi.org/10.1590/0104-530X1498-14
- GBD (2016). Causes of Death Collaborators Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 390, 1151-1210. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
- Gherardi-Donato, E. C. D. S., Quinhoneiro, D. C. G., Gimenez, L. B. H., Siqueira, L. H., Diaz-Serrano, K. V., & Zanetti, A. C. G. (2020). Efetividade de uma intervenção baseada em Mindfulness para redução de estresse e melhora da qualidade de vida em estudantes de enfermagem. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16(3), 33-43. doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152589

- Groenvynck, H., Vandavelde, K., & Van Rossem, R. (2013). The PhD track: Who succeeds, who drops out?. *Research Evaluation*, 22(4), 199-209. doi.org/10.1093/reseval/rvt010
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 37, 1-12. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006Get rights and content
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360-365. doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.008
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801-814. doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8
- Jayawardene, W. P., Lohrmann, D. K., Erbe, R. G., & Torabi, M. R. (2017). Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive medicine reports*, 5, 150-159. doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.013
- Jones-White, D. R., Soria, K. M., Tower, E. K., & Horner, O. G. (2020). Factors associated with anxiety and depression among US doctoral students: Evidence from the gradSERU survey. *Journal of American College Health*, 1-12. doi.org/10.1080/07448481.2020.1865975
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse education today*, 29(5), 538-543. doi.or/10.1016/j.nedt.2008.12.00
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932. doi: 10.1126/science.1192439

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*(6), 763-771. doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kuhlmann, S. M., Huss, M., Bürger, A., & Hammerle, F. (2016). Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training (MediMind) in Germany. *BMC medical education, 16*(1), 316. doi.org/10.1186/s12909-016-0833-8
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry, 73*(6), 565-574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076
- Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy, 46*(4), 868-879. doi.org/10.1016/j.respol.2017.02.008
- Lipp, M. E. N. (2017). O Treino de Controle do Estresse em grupo: um modelo da TCC. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo: das evidências à prática, 326-338.*
- Liu, C., Wang, L., Qi, R., Wang, W., Jia, S., Shang, D., ... & Zhao, Y. (2019). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among doctoral students: the mediating effect of mentoring relationships on the association between research self-efficacy and depression/anxiety. *Psychology research and behavior management, 12*, 195. doi.org/10.2147%2FPRBM.S195131
- Miot, H. A. (2019). Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro, 16*(2), 88-91. doi.org/10.1590/1677-5449.041117
- Nagy, G. A., Fang, C. M., Hish, A. J., Kelly, L., Nicchitta, C. V., Dzirasa, K., & Rosenthal, M. Z. (2019). Burnout and mental health problems in biomedical doctoral students. *CBE—Life Sciences Education, 18*(2). doi.org/10.1187/cbe.18-09-0198
- Neto, A. D., Lucchetti, A. L. G., da Silva Ezequiel, O., & Lucchetti, G. (2020). Effects of a required large-group mindfulness meditation course on first-year medical students' mental

- health and quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*, 35(3), 672-678. doi.org/10.1007/s11606-019-05284-0
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 95, 156-178. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004
- Quintero, M. L. A. (2019). Efeitos do programa Mindfulness (versão adaptada) sobre a qualidade de vida em uma população universitária (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, USP - SP, Brasil.
- Sampl, J., Maran, T., & Furtner, M. R. (2017). A randomized controlled pilot intervention study of a mindfulness-based self-leadership training (MBSLT) on stress and performance. *Mindfulness*, 8(5), 1393-1407. doi.org/10.1007/s12671-017-0715-0
- Santos, A. S. D., Perrone, C. M., & Dias, A. C. G. (2015). Adaptação à pós-graduação stricto sensu: uma revisão sistemática de literatura. *Psico-USF*, 20, 141-152. doi.org/10.1590/1413-82712015200113
- Satinsky, E. N., Kimura, T., Kiang, M. V., Abebe, R., Cunningham, S., Lee, H., & Tsai, A. C. (2021). Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph. D. students. *Scientific Reports*, 11(1), 1-12. doi.org/10.1038/s41598-021-93687-
- Serowik, K. L., Roemer, L., Suvak, M., Liverant, G., & Orsillo, S. M. (2020). A randomized controlled pilot study evaluating Worry Less, Live More: The Mindful Way Through Anxiety Workbook. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(5), 412-424. doi.org/10.1080/16506073.2020.1765858
- Shearer, A., Hunt, M., Chowdhury, M., & Nicol, L. (2016). Effects of a brief mindfulness meditation intervention on student stress and heart rate variability. *International Journal of Stress Management*, 23(2), 232. doi/10.1037/a0039814
- Van Dijk, I., Lucassen, P. L., Akkermans, R. P., Van Engelen, B. G., van Weel, C., & Speckens, A. E. (2017). Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of clinical clerkship students: A cluster-randomized controlled trial. *Academic medicine*, 92(7), 1012-1021. doi.org/10.1097/acm.0000000000001546

- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031
- Ying, C., Liu, C. J., He, J., & Wang, J. (2018). Academic stress and evaluation of a mindfulness training intervention program. *NeuroQuantology*, 16(5). doi:10.14704/nq.2018.16.5.1311

8. Considerações finais

Os trabalhos conduzidos durante esta tese de doutorado permitiram constatar, por meio das contribuições de numerosos estudos, que a fase da formação acadêmica de graduação e de pós-graduação pode se converter em uma etapa desafiadora para muitos indivíduos. Cada estágio possui demandas diferentes e requer habilidades e competências cognitivas e emocionais nem sempre amadurecidas para tal. Nesse sentido, repensar os processos de formação, de modo a considerar um desenvolvimento mais integral, seria um caminho para contornar o adoecimento dos estudantes e ainda fornecer diferentes oportunidades de crescimento pessoal e profissional. A sociedade precisa, para o seu avanço, de profissionais com excelência técnica, ética, mas também dotados de perspectivas e de atitudes que favoreçam a colaboração e a cooperação entre as pessoas e as instituições.

As intervenções baseadas em *mindfulness* são programas complexos que atuam em um conjunto de fatores que contribuem para o desenvolvimento humano. Além disso, se mostraram como recursos possíveis de serem empregados em instituições de ensino superior. A viabilidade da intervenção foi confirmada em públicos diferentes, graduação e pós-graduação, e em modalidades também distintas como a presencial e a online.

O êxito deste tipo de programa no contexto acadêmico pode ser creditado, talvez, à sua própria natureza. *Mindfulness* é vivencial, é preciso senti-lo para compreendê-lo. Além disso, o método de aprendizagem é colaborativo e realizado por meio das partilhas em que os participantes expressam as suas vulnerabilidades e encontram amparo na humanidade compartilhada. Tais condições são bastante diferentes das rotinas nas instituições de ensino e podem ter sido o elemento que faltava para muitos dos participantes dos grupos da pesquisa.

O presente trabalho também possibilitou a interlocução com diversos dados da literatura científica, além de colaborar para diminuir algumas lacunas existentes. O estudo de revisão sistemática contribuiu para sumarizar as evidências acerca dos efeitos da IBM em contextos

universitários e ainda realçou uma série de informações importantes como empregar protocolos com evidências robustas, investir na formação das habilidades dos instrutores, não colocar o programa como atividade obrigatória, não trabalhar com grupos grandes e criar condições para que o mesmo possa ser integrado às grades curriculares das instituições facilitando a adesão dos alunos. O estudo de análise de viabilidade constatou a factibilidade da intervenção de oito semanas presencial corroborando estudos nacionais existentes. O estudo de efetividade apontou que o programa utilizado no presente estudo foi efetivo para melhorar a percepção de qualidade de vida de estudantes de pós-graduação. Para além de todos os resultados positivos já apresentados nas outras seções deste trabalho, é importante ressaltar a questão da consonância entre os métodos e recursos de uma intervenção e o seu alvo de desenvolvimento final. Contar com programas de tratamento, prevenção e promoção em saúde robustos e coerentes é essencial para que mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais sejam, de fato, desenvolvidas.

Este estudo é o primeiro que empregou a mesma intervenção nas modalidades presencial e online tendo constatado a viabilidades em ambas as situações. Além disso, foi um estudo realizado durante a pandemia do Sars-Cov-2019 em que as demandas em saúde mental aumentaram bastante. No que se refere ao online, de forma mais específica, para além dos efeitos significativos nos desfechos de interesse, está uma característica da própria população. A pós-graduação já possui uma agenda de trabalho intensa que pode ser acentuada pela combinação de outras responsabilidades como as laborais e familiares. Além disso, é um tipo de trabalho mais solitário o que pode trazer algumas dificuldades. As intervenções online se mostraram práticas em função dos horários em que podem ser realizadas permitindo a conciliação com outros compromissos. Além disso, também mostrou a possibilidade de reunir pessoas de diferentes localidades unidas no mesmo propósito, saúde mental na pós-graduação, criando um espaço de diálogo e de apoio.

Espera-se que este trabalho seja útil para discentes, docentes e instituições de ensino no que tange a saúde mental na universidade e que tenha contribuído para engrossar as evidências sobre os efeitos das intervenções baseadas em *mindfulness*. Além disso, espera-se as limitações do presente estudo se convertam em oportunidade para que outros pesquisadores dêem continuidade às investigações sobre o tratamento, a prevenção e a promoção da qualidade de vida.

9. Referências

- Aherne, D., Farrant, K., Hickey, L., Hickey, E., McGrath, L., & McGrath, D. (2016). Mindfulness based stress reduction for medical students: optimising student satisfaction and engagement. *BMC medical education*, *16*(1), 1-11.
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, *142*, 183-202.
- Ambiel, R. A. M., & de Oliveira Barros, L. (2018). Relações entre evasão, satisfação com escolha profissional, renda e adaptação de universitários. *Psicologia: teoria e prática*, *20*(2), 254-267.
- Ansolin, A. G. A., Rocha, D. L. B., dos Santos, R. P., & Dal Pozzo, V. C. (2015). Prevalência de transtorno mental comum entre estudantes de psicologia e enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, *223*, 42-45.
- Ariño, D. O., & Bardagi, M. P. (2018). Relação entre fatores acadêmicos e a saúde mental de estudantes universitários. *Revista psicologia em pesquisa*, *12*(3).
- Assumpção, A. A., Pena, C. S., Neufeld, C. B., & Teodoro, M. M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for university students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, *4*(3), 51.
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the brazilian version of the five-facet mindfulness questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *303*, 317-327.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders. *JAMA Psychiatry*, *71*, 547-556
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *43*(8), 667-672.

- Burgstahler, M. S., & Stenson, M. C. (2019). Effects of guided mindfulness meditation on anxiety and stress in a pre-healthcare college student population: a pilot study. *Journal of American College Health*, 1-7.
- Costa, E. G. D., & Nebel, L. (2018). O quanto vale a dor? Estudo sobre a saúde mental de estudantes de pós-graduação no Brasil. *Polis. Revista Latinoamericana*, 50, 125-135.
- Crane, C., & Williams, G.M. (2010). Factors associated with attrition from MindfulnessBased Cognitive-Therapy in patients with a history of suicidal depression. *Mindfulness*, 1, 10-20
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999.
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(1), 63-78.
- Danilewitz, M., Bradwejn, J., & Koszycki, D. (2016). A pilot feasibility study of a peer-led mindfulness program for medical students. *Canadian medical education journal*, 7(1), e31.
- Demarzo, M. M. P.; Barros, V. V. & Oliveira, M. B. (2015). Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness. In P. Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira. *Terapias Cognitivo Comportamentais de Terceira Geração*. pp. 127-150). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC medical education*, 13(1), 107.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.

- Erogul, M., Singer, G., McIntyre, T., & Stefanov, D. G. (2014). Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine, 26*(4), 350-356.
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas), 37*.
- Fiorotti, K. P., Rossoni, R. R., Borges, L. H., & Miranda, A. E. (2010). Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(1), 17-23.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" Rev. *Saúde Pública, 34* (2), 78-83.
- Franca, C. D., & Colares, V. (2008). Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista de Saúde Pública, 42*, 420-427.
- Gomes, C. F. M., Junior, R. J. P., Cardoso, J. V., & da Silva, D. A. (2020). Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas 16*(1), 1-8.
- González-García, M., Álvarez, J. C., Pérez, E. Z., Fernandez-Carriba, S., & López, J. G. (2021). Feasibility of a Brief Online Mindfulness and Compassion-Based Intervention to Promote Mental Health Among University Students During the COVID-19 Pandemic. *Mindfulness, 12*(7), 1685-1695.
- Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders, 22*(4), 388-399.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research, 47*(3), 391-400.
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness, 9*(3), 801-814.

- Jayawardene, W. P., Lohrmann, D. K., Erbe, R. G., & Torabi, M. R. (2017). Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive medicine reports*, 5, 150-159.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. São Paulo: Palas Athena.
- Khoury, B.M., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (6), 519–528.
- Kuyken, W., Wathins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Bylford, S., Evans, A., Radford, S., John D. Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... & Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966.
- Lemos, V. D. A., Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*.
- Levecque, K., Anseel, F., Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy*, 46(4), 868-879.
- Lima, M. C. P., Domingues, M. D. S., & Cerqueira, A. T. D. A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 1035-1041.

- Lim, J., Leow, Z., Ong, J. C., Pang, L. S., & Lim, E. (2020). The effects of online group mindfulness training on stress and sleep quality during the COVID-19 pandemic in Singapore: a retrospective equivalence trial. *JMIR Mental Health, 37*, 114-129.
- Lo, C.S.L., Ho, S.M.Y., & Hollon, S.D. (2010). The effects of rumination and depressive symptoms on the prediction of negative attributional style among college students. *Cogn Ther Res, 34*, 116-123.
- Lucchese, R., de Sousa, K., do Prado Bonfin, S., Vera, I., & Santana, F. R. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 273*), 200-207.
- Machado, V., Botelho, J., Neves, J. A., Proença, L., Alves, R., Cavacas, M. A., & Mendes, J. J. (2019). The Prevalence of Periodontal Diseases in Portugal and Correspondent Digital National Awareness: Analysis of Data from Global Burden of Disease, Directorate-General of Health and Google Trends for the Period 2004-2017.
- Mak, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., Lui, W. W., & Wu, E. K. (2017). The efficacy of internet-based mindfulness training and cognitive-behavioral training with telephone support in the enhancement of mental health among college students and young working adults: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 19*(3), e84. doi:10.2196/jmir.6737
- Menezes, C. B., Fiorentin, B. & Bizarro, L. (2012). Meditação na universidade: a motivação de alunos da UFRGS para aprender meditação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 162*, 308-315.
- Misitzis, A. (2020). Increased Interest for Mindfulness Online. *International Journal of Yoga, 13*(3), 247.
- Moyhan, J.A., Chapman, B.P., Klorman, R., Krasner, M.S., Duberstein, P.R., Brown, K.W., & Talbot, N.L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology, 68*, 34-4

- Nagy, G. A., Fang, C. M., Hish, A. J., Kelly, L., Nicchitta, C. V., Dzirasa, K., & Rosenthal, M. Z. (2019). Burnout and mental health problems in biomedical doctoral students. *CBE—Life Sciences Education, 18*(2).
- Neves, M. C. C., & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 564*, 237-244.
- Oliveira, C. T. D., Carlotto, R. C., Vasconcelos, S. J. L., & Dias, A. C. G. (2014). Adaptação acadêmica e coping em estudantes universitários brasileiros: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 15*(2), 177-186.
- Pakenham, K. I., & Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: Current research status and future directions. *Australian Psychologist, 473*, 147-155.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & dos Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte, 262*, 241-250.
- Ramos, T. P. T. (2015). O que é Mindfulness? In P. Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira. *Terapias Cognitivo Comportamentais de Terceira Geração*. pp. 59-81). Novo Hamburgo, RS : Sinopsys.
- Santos, C. P. V. (2000). *Programas baseados em mindfulness*. In M. Mansur-Alves, & J. B. Lopes-Silva (Orgs.), *Intervenção cognitiva: dos conceitos e métodos às práticas baseadas em evidências para diferentes aplicações* (1a ed., Cap. 6, pp. 137-172). Belo Horizonte: T.Ser.
- Santos, A. S. D., Perrone, C. M., & Dias, A. C. G. (2015). Adaptação à pós-graduação stricto sensu: uma revisão sistemática de literatura. *Psico-USF, 20*, 141-152.
- Sard-Peck, T. E., Martín-Asuero, A., Oller, M. T., Calvo, A., & Santesteban-Echarri, O. (2019). Estudio comparativo entre un programa de reducción del estrés basado en mindfulness presencial y online en población general española. *Psiquiatría Biológica, 26*(2), 73-79.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Spadaro, K. C., & Hunker, D. F. (2016). Exploring the effects of an online asynchronous mindfulness meditation intervention with nursing students on stress, mood, and cognition: A descriptive study. *Nurse Education Today, 39*, 163-169.

- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35, 86-90.
- Teasdale, J., Williams, M., & Segal, Z. (2016). *Manual prático de mindfulness: meditação da atenção plena*. São Paulo: Editora Pensamento.
- Vandenberghe, L. & Assunção, A. B. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos*, (22), 124-135.
- Vandenberghe, L. & Sousa, A. C. A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 21, 35-44.
- Vasconcelos, S. E., Dias, P. E. B., Bitencourt, H. K., de Carvalho, J. P. S. S., Quadros, E. D. A. S., Viviani, M. M. F., & Sampaio, C. E. R. (2020). Impactos de uma pandemia na saúde mental: analisando o efeito causado pelo COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(12), e5168-e5168.
- Vasconcellos-Silva, P. R., Carvalho, D. B. F., Trajano, V., de La Rocque, L. R., Sawada, A. C. M. B., & Juvanhol, L. L. (2017). Using Google Trends data to study public interest in breast cancer screening in Brazil: why not a pink February? *JMIR public health and surveillance*, 3(2), e7015.
- Ying, C., Liu, C. J., He, J., & Wang, J. (2018). Academic stress and evaluation of a mindfulness training intervention program. *NeuroQuantology*, 16(5).
- Zhu, J. L., Schülke, R., Vatansever, D., Xi, D., Yan, J., Zhao, H., ... & Wang, S. (2021). Mindfulness practice for protecting mental health during the COVID-19 pandemic. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-1

10. Anexos

ANEXOS

Contém:

- 1). Termo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).
- 2). Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness em estudantes universitários.

Pesquisador: KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04338418.2.0000.5116

Instituição Proponente: Fundação Educacional de Lavras-MG/Centro Universitário de Lavras -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.090.390

Apresentação do Projeto:

A literatura científica tem documentado os efeitos negativos dos sintomas de estresse, ansiedade, depressão, percepção de baixa qualidade de vida e de bem-estar na formação dos estudantes universitários (Raposo et al., 2016; Arria et al., 2009; Franca & Colares, 2008; Fisher & Vansan, 2008; Rapeli & Botega, 2005).

Estudos apontam que a vivência dos afetos negativos de forma prolongada e intensa afeta os processos de aprendizagem e o desenvolvimento das 9 competências profissionais (Stewart-Brown et al. 2018; Aherne et al. 2016). Nesse sentido, é interessante ponderar que o investimento em variáveis como infraestrutura, tecnologias de ensino-aprendizagem, material didático e qualificação docente são extremamente importantes, porém não se deve preterir o cuidado com a saúde mental e bem-estar do estudante em seu processo de formação profissional.

Considerando que muitos estudantes carecem de várias das habilidades citadas e considerando que muitos possuem vulnerabilidades ao estresse, ansiedade e depressão, a entrada na universidade pode atuar como evento propulsor de psicopatologias e de vivência de afetos negativos comprometendo boa parte do processo de aprendizagem e de formação (Ozório, Cripa, & Loureiro, 2012). Nesse sentido, instituições internacionais como a Warwick Medical School (WMS) no Reino Unido, tem inserido programas de saúde mental e qualidade de vida em seus currículos a fim de contribuir com o desenvolvimento de habilidades para a academia e para a vida, de manutenção da saúde mental dos estudantes e como estratégia para potencializar os

Endereço: Rua Padre José Poggel, 506

Bairro: Centenário

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3826-4188

Fax: (35)3826-4188

E-mail: cep@unilavras.edu.br

Continuação do Parecer: 3.090.390

processos de aprendizagem e de formação. A tônica adotada em algumas instituições de ensino estrangeiras é que o cuidado como o estudante é parte essencial do processo de formação e que as melhores estratégias de ensino, infraestrutura e de tecnologia da educação serão subaproveitadas se a qualidade de vida daquele que aprende não for considerada (Pakenham & Stafford-Brown, 2012).

Considerando tais dados, o presente trabalho justifica a sua realização por ser uma das primeiras iniciativas nacionais de avaliação dos efeitos de um Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness em estudantes de instituições de ensino superior. Esta pesquisa poderá colaborar com a literatura ao investigar os efeitos de uma intervenção específica sobre a saúde mental dos estudantes e também terá a oportunidade de se mostrar como uma possível estratégia preventiva e curativa em saúde mental e como ferramenta adjuvante à educação e a formação profissional (Taylor et al., 2014; Kuyken et al., 2013). Destaca-se, ainda, que ao se trabalhar com estudantes universitários o presente trabalho colaborará simultaneamente com as áreas de saúde e de educação e poderá contribuir para que as instituições de ensino superior brasileiras sigam o exemplo das instituições internacionais reconhecendo que investir em qualidade de vida é parte essencial da formação humana e da formação profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Examinar os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness em estudantes universitários.

Objetivos Específicos

- 1). Verificar os efeitos do Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness:
na percepção de qualidade de vida nos estudantes universitários,
na redução dos sintomas de ansiedade,
na redução dos sintomas de depressão,
na redução dos níveis de vivência de afetos negativos e aumento dos afetos positivos,
no aumento dos níveis de aceitação,
no aumento dos níveis de compaixão.
em comparação a intervenção padrão – Programa Psicoeducacional.
- 2). Monitorar possíveis mudanças nos níveis de mindfulness em estudantes universitários.
- 3). Descrever a prevalência dos sintomas depressivos e ansiosos.
- 4). Caracterizar a amostra de forma sociodemográfica, acadêmica e de condições de vida.

Endereço: Rua Padre José Poggel, 506

Bairro: Centenário

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3826-4188

Fax: (35)3826-4188

E-mail: cep@unilavras.edu.br

Continuação do Parecer: 3.090.390

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes em função de todos os cuidados tomados. A Fase de Triagem é constituída por uma coleta de dados padronizada e coletiva via preenchimento de instrumentos de medida. Para mitigar os riscos a pesquisadora se compromete a realizar pequena palestra e discussão sobre os sintomas depressivos, ansiosos e a vivência de afetos positivos e negativos logo que todos os participantes entregarem os questionários. O objetivo desta ação é pontuar que os sintomas podem estar presentes mesmo em pessoas saudáveis, dependendo da situação, e que mesmo nos casos mais extremos as possibilidades de tratamento são possíveis e sustentadas por um corpo de pesquisas consistente. A Fase de Intervenção é constituída pelo GE que contém a intervenção de teste da pesquisa e o GC é um grupo ativo, isto é, contém uma intervenção psicoeducacional padrão amplamente utilizada no campo da Psicologia e da Saúde Mental sendo amparada por consistente conjunto de estudos científicos que atestam a sua efetividade, eficácia e segurança. Os participantes de ambos os grupos serão beneficiados de forma direta pela participação nos grupos experimentais e grupos controles via aprendizagem de habilidades e aquisição de conhecimentos que permitirão lidar de maneira mais funcional com os seus problemas de ordem psicológica e emocional. No que se refere aos riscos, há maiores possibilidades de desconforto no grupo-experimental em função do treinamento da atenção plena via práticas de mindfulness. Com o treinamento da atenção plena, habilidade desconhecida para os participantes, alguns poderão experimentar desconfortos como o aumento dos níveis de ansiedade e seus sintomas psicológicos e físicos e também alterações de humor. Entretanto, estes riscos serão minimizados pelas orientações e preparo técnico da pesquisadora que recebeu treinamento específico para tal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito relevante e atual, muito bem detalhada e bem redigida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios presentes.

Recomendações:

Não fazer a pesquisa com os próprios alunos.

Endereço: Rua Padre José Poggel, 506

Bairro: Centenário

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3826-4188

Fax: (35)3826-4188

E-mail: cep@unilavras.edu.br

Continuação do Parecer: 3.090.390

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende a todos os requisitos obrigatórios e éticos considerados.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado está de acordo com o parecer do relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269784.pdf	10/12/2018 16:53:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadocompleto.pdf	10/12/2018 16:52:14	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
Outros	anexoinstrumentos.pdf	10/12/2018 16:49:59	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
Outros	anexointervencoes.pdf	10/12/2018 16:49:24	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	10/12/2018 16:48:34	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
Outros	autorizacaoodontologia.pdf	10/12/2018 16:48:16	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
Outros	autorizacaopsicologia.pdf	10/12/2018 16:47:52	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
Brochura Pesquisa	projetocompleto.pdf	10/12/2018 16:47:24	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/12/2018 16:47:05	KENIA IZABEL DAVID SILVA DE RESENDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre José Poggel, 506

Bairro: Centenário

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3826-4188

Fax: (35)3826-4188

E-mail: cep@unilavras.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
LAVRAS - FUNDAÇÃO
EDUCACIONAL DE LAVRAS /



Continuação do Parecer: 3.090.390

LAVRAS, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Luciana Aparecida Gonçalves Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre José Poggel, 506

Bairro: Centenário

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3826-4188

Fax: (35)3826-4188

E-mail: cep@unilavras.edu.br

Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “**PROGRAMA PSICOMINDS: saúde mental para estudantes de pós-graduação**” coordenado pelo Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro e pela psicóloga Kênia Izabel David Silva de Resende do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa tem como objetivo verificar a eficácia do programa na melhora da qualidade de vida e no tratamento de estudantes universitários com sintomas leves e moderados de depressão, ansiedade e estresse. O tratamento será realizado em grupo, com duração de oito sessões semanais de 2h cada, em formato online via plataformas de videoconferência. Para avaliar o tratamento, serão utilizadas algumas escalas e testes psicológicos, ao início, ao término do tratamento e quatro meses após o término da intervenção. As entrevistas e as sessões de tratamento não oferecem riscos a sua saúde física e psicológica e possuem como benefícios a possibilidade de melhorar a qualidade de vida e reduzir os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse além. Durante a avaliação ou tratamento você poderá se sentir desconfortável, ficar cansado ou se emocionar, mas se algo assim acontecer os pesquisadores estão preparados e saberão como te ajudar. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Você também poderá a qualquer momento solicitar maiores informações, para isto basta entrar em contato com os pesquisadores. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa além do custo de impressão dos materiais psicoterapêuticos caso você queira imprimi-los e custos de conexão de internet. Além disso, nada será pago por sua participação. Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos e eventos científicos. Contudo, em nenhuma hipótese os participantes serão identificados por seus nomes, sendo mantida em sigilo a sua identidade. Os instrumentos e documentos utilizados nesta avaliação serão armazenados por 5 (cinco) anos, em local apropriado no Departamento de Psicologia, ficando sob a responsabilidade dos pesquisadores, sendo garantido o acesso restrito à essas informações e o sigilo das mesmas. Caso você concorde em participar desta pesquisa, você precisa marcar a opção relativa a esta decisão abaixo. Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos sobre eventuais dúvidas que possam surgir a respeito desta pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) onde esta pesquisa foi avaliada e aprovada. Nestes contatos você poderá tirar todas as suas dúvidas:

Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro – Tel: (31) 3409-6267 / (31)98320-2449 Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 4º andar - Sala 4070. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Kênia Izabel David Silva de Resende – Tel: (31) 97127-6777 Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.
keniaizabel@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) Profª. Luciana Ap. Gonçalves Oliveira – Coordenadora do CEP Rua Padre José Poggel, 506 – Centenário –Lavras/MG - 37.200-000 Telefax: (35) 3826-4188

Decisão voluntária sobre a participação na pesquisa:

1. () Declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo “**PROGRAMA PSICOMINDS: saúde mental para estudantes de pós-graduação**”, li e entendi as informações e não concordo em participar do estudo.

2. () Declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo “**PROGRAMA PSICOMINDS: saúde mental para estudantes de pós-graduação**”, li e entendi as informações. Este formulário está sendo preenchido voluntariamente por mim e concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário, bem como autorizo a divulgação e publicação das informações que dei, exceto os meus dados pessoais, em eventos e publicações científicas.

OBS: TCLE em formato eletrônico (Google Forms) enviado aos participantes.

ANEXOS

ESTUDO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE

Estudo de análise de viabilidade de um Programa de Qualidade de vida Baseado em Mindfulness como intervenção em saúde mental para estudantes universitários

Contém:

- 1). Questionário sociodemográfico, acadêmico e de elegibilidade.
- 2). Diário de Práticas de Mindfulness.
- 3). Questionário de avaliação da viabilidade da intervenção.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ACADÊMICO E DE ELEGIBILIDADE
Estudo de análise de viabilidade

Nome: _____

Instituição de ensino: _____

1. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino () 3. Outros: _____ () 4. Não desejo informar.

2. Idade: _____ anos.

3. Qual o seu estado civil? 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Divorciado 4. () Vivendo com companheiro(a)

4. Você trabalha formalmente?

() 1. Sim () 2. Não

5. Se sim, seu trabalho é na área da sua formação acadêmica?

() 1. Sim () 2. Não

6. Você possui algum tipo de bolsa ou financiamento estudantil?

() 1. Sim () 2. Não

7. Você utiliza ansiolíticos, benzodiazepínicos ou outra medicação psiquiátrica?

() 1. Sim () 2. Não

8. Você está em tratamento psiquiátrico?

() 1. Sim () 2. Não

9. Você está em psicoterapia?

() 1. Sim () 2. Não

10. Você pratica qualquer tipo de treino de atenção e/ou meditação?

() 1. Sim () 2. Não

11. Se sim, responda quantas vezes por semana você pratica. _____

12. Qual a duração média das suas práticas? _____

Obrigada pela sua participação!

Diário de Práticas de Mindfulness

Nome: _____

Treinamento das Práticas aprendidas na Sessão 1: Saborear a Vida - "A realidade se faz onde coloco a minha atenção."

Dia da Semana	Prática Formal Escaneamento Corporal	Quanto tempo durou (minutos)?	Prática Informal Comer com atenção plena	Quantas vezes você praticou?	Prática Informal Pausas	Quantas vezes você praticou?
4ª Feira	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
5ª Feira	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
6ª Feira	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
Sábado	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
Domingo	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
2ª Feira	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
3ª Feira	() sim () não		() sim () não		() sim () não	
Total da Semana	Nº de práticas realizadas:	Nº de minutos dedicados:	Nº de práticas realizadas:	Nº de práticas realizadas:	Nº de práticas realizadas:	Nº de práticas realizadas:

Observações:

QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DE VIABILIDADE

Parte 1: Avaliação dos aspectos metodológicos e da praticabilidade do programa em contexto universitário.

Respondente: Pesquisadora e instrutora do programa.

Componente da Avaliação	Qualificadores de Viabilidade	Resposta	Classificação
1. Recrutamento.	1. O número de participantes recrutados foi suficiente para a realização do estudo?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
	2. A estratégia de recrutamento foi adequada?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
2. Critérios de elegibilidade.	3. A proporção de participantes elegíveis para o estudo foi adequada?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
	4. Os critérios de elegibilidade se mostraram adequados para a população e para o estudo?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
3. Triagem.	5. O número de participantes avaliados foi adequado?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
4. Adesão ao tratamento.	6. A permanência no programa (participantes concluintes) foi adequada?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
	7. A frequência no programa (mínimo 6 sessões) foi adequada?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
5. Adesão às tarefas de casa.	8. O número das práticas meditativas/atividades realizadas em casa pelos participantes foi adequado?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%) () Satisfatório (≥50%) () Muito satisfatório (≥75%)
6. Tempo das sessões e atividades.	9. A sessão com duração de 2h foi adequada?	() Sim () Não	() Insatisfatório (<25%) () Regular (≥25%)

			(). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
	10. A duração de cada atividade realizada por sessão foi adequada (o programa da sessão foi cumprido?).	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
7. Trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.	11. Os conteúdos do programa permitem trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na mesma intervenção?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
8. Adequação do conteúdo dos programas.	12. As vivências, dinâmicas e atividades práticas do programa estão em sintonia com o que ele se propõe a desenvolver?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
9. Materiais de apoio	13. Há materiais de apoio para estudo dos conteúdos aprendidos nas sessões em casa?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)

QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DE VIABILIDADE

Parte 2: Avaliação da percepção do programa pelos participantes.

Respondente: Alunos de Psicologia (n=22).

Componente da Avaliação	Qualificadores de Viabilidade	Resposta	Classificação
10. Assimilação do conteúdo, práticas e atividades.	14. Na sua percepção, as práticas e as atividades desenvolvidas ao longo do programa foram úteis para a sua assimilação do conteúdo transmitido?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
11. Recursos de aprendizagem.	15. Na sua percepção, a utilização das práticas meditativas, dinâmicas e vivências, foram recursos de aprendizagem adequados?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
12. Adequação do instrutor e do terapeuta.	16. Na sua percepção, o instrutor do programa mostrou domínio e preparo para desenvolver as ações do programa?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
13. Local das intervenções.	17. Na sua percepção, o local de realização do programa foi adequado?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$)

			(). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
	18. Na sua percepção, o horário em que o programa foi realizado foi adequado?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
14. Tempo da intervenção.	19. Na sua percepção, a duração do programa (8 encontros semanais) foi adequado?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)
	20. Na sua percepção, o tempo de duração de cada sessão do programa (2 horas) foi adequado?	(). Sim (). Não	(). Insatisfatório ($< 25\%$) (). Regular ($\geq 25\%$) (). Satisfatório ($\geq 50\%$) (). Muito satisfatório ($\geq 75\%$)

ANEXOS

ESTUDO PRINCIPAL

Avaliação da efetividade do Programa de Qualidade de Vida Baseado em Mindfulness

Contém:

- 1). Questionário de triagem e sociodemográfico.
- 2). Questionário de mensuração da frequência nos encontros e práticas.
- 3). Escala WHOQOL.
- 4). Escala DASS-21.
- 5). Escala FFMQ-BR.

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM E SOCIODEMOGRÁFICO

1. **Sexo:** () 1. Masculino () 2. Feminino () 3. Outro () 4. Não desejo informar.
2. **Idade:** _____ anos.
3. **Estado civil?** () 1. Solteiro () 2. Casado () 3. Separado () 4. Divorciado () 5. Viúvo(a)
4. **Pós-graduação:** () 1. Mestrado () 2. Doutorado
5. **Seu trabalho de pesquisa está em dia em relação aos seus prazos?** () 1. Sim () 2. Não
6. **A pandemia da Covid-19 afetou o seu trabalho de pesquisa?** () 1. Sim () 2. Não
7. **Se sim, o quanto a pandemia afetou o seu trabalho de pesquisa?** () 1. Um pouco () 2. Médio () 3. Bastante
8. **Você exerce trabalho formal no momento?** () 1. Sim () 2. Não
9. **Se sim, qual a carga horária da sua jornada de trabalho?** _____ hs/semanais.
10. **Você exerce trabalho informal (trabalhos eventuais) no momento** () 1. Sim () 2. Não 3. () Às vezes.
11. **Se sim, qual a carga horária da sua jornada de trabalho?** _____ hs/semanais.
12. **Você possui algum tipo de bolsa de estudos?** 1. () Sim 2. () Não
13. **Atualmente, você vive com:** () 1. Sua família () 2. Companheiro: namorado (a), esposo (a) 3. Familiares (tios, avós ou outro familiar). () 4. Mora em república () 5. Mora sozinho.
14. **Você considera que tem algum problema de saúde física no momento?** () 1. Sim () 2. Não
15. **Você considera que tem algum problema de saúde mental no momento?** () 1. Sim () 2. Não
16. **Nos últimos três meses você teve algum pensamento sobre tirar a própria vida?** () 1. Sim () 2. Não
17. **Você usa algum medicamento para conseguir dormir?** () 1. Sim () 2. Não
18. **Você usa algum medicamento ou outra substância química com objetivo de aliviar a tensão?**
() 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes.
19. **Como você classificaria o seu relacionamento com seu orientador no momento?**
1. () Bom 2. () Ótimo 3. () Regular 4. () Ruim 5. () Péssimo
20. **Você está satisfeito por cursar este curso?** 1. () Sim 2. () Não 3. () Em parte.

Obrigada pela sua participação!

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE PRÁTICAS

Nome: _____ Data: _____

1). Você esteve presente no encontro dessa semana?

1. Sim.

2. Não.

2). Em geral, você colocou as aprendizagens da semana em prática?

1. Nenhuma vez.

2. Entre uma e duas vezes.

3. Entre três e quatro vezes.

4. Entre cinco e seis vezes.

5. Coloquei em práticas 7 vezes ou mais na semana.

3). Nesta semana, quantas vezes você praticou (práticas formais).

1. Nenhuma vez.

2. Entre uma e duas vezes.

3. Entre três e quatro vezes.

4. Entre cinco e seis vezes.

5. Coloquei em práticas 7 vezes ou mais na semana.

4). Em geral, você tem realizado as práticas informais?

1. Nenhuma vez.

2. Entre uma e duas vezes.

3. Entre três e quatro vezes.

4. Entre cinco e seis vezes.

5. Coloquei em práticas 7 vezes ou mais na semana.

5). Quanto tempo em minutos, você tem dedicado às práticas de mindfulness?

1. Menos de 10 minutos por dia.

2. Cerca de 10 a 15 minutos por dia.

3. Cerca de 20 minutos por dia.

4. Mais de 25 minutos por dia.

6). Quais as principais dificuldades enfrentadas nessa semana?

Obrigada pela sua participação!

OBS: Questionário em formato eletrônico (Google Forms) enviado semanalmente ao participantes via grupos de Whatsapp^(R) da pesquisa.

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Titular
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

DASS-21

1). Instruções:

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2, ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma.
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo.
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo.

1E	Achei difícil me acalmar.	1	2	3	4
2A	Senti minha boca seca.	1	2	3	4
3D	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.	1	2	3	4
4E	Tive dificuldade em respirar em algum momento (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).	1	2	3	4
5D	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.	1	2	3	4
6E	Tive a tendência em reagir de forma exagerada às situações.	1	2	3	4
7A	Senti tremores (ex. nas mãos).	1	2	3	4
8E	Senti que estava sempre nervoso.	1	2	3	4
9A	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo.	1	2	3	4
10D	Senti que não tinha nada a desejar.	1	2	3	4
11E	Senti-me agitado.	1	2	3	4
12E	Achei difícil relaxar.	1	2	3	4
13D	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo.	1	2	3	4
14A	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.	1	2	3	4
15A	Senti que ia entrar em pânico.	1	2	3	4
16D	Não consegui me entusiasmar com nada.	1	2	3	4
17D	Senti que não tinha valor como pessoa.	1	2	3	4
18E	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais.	1	2	3	4
19A	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, distímia cardíaca).	1	2	3	4
20A	Senti medo sem motivo.	1	2	3	4
21D	Senti que a vida não tinha sentido.	1	2	3	4

Versão traduzida e validade para a português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M. (2013)

Questionário das Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR)

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

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

1) Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento.

1 2 3 4 5

2) Sou bom para encontrar palavras que descrevam os meus sentimentos.

1 2 3 4 5

3) Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.

1 2 3 4 5

4) Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.

1 2 3 4 5

5) Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

6) Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.

1 2 3 4 5

7) Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.

1 2 3 4 5

8) Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.

1 2 3 4 5

9) Eu observo meus sentimentos sem me perder neles.

1 2 3 4 5

10) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.

1 2 3 4 5

11) Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.

1 2 3 4 5

12) É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.

1 2 3 4 5

13) Eu me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

14) Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.

1 2 3 4 5

15) Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.

1 2 3 4 5

16) Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.

1 2 3 4 5

17) Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.

1 2 3 4 5

18) Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.

1 2 3 4 5

19) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu “dou um passo atrás” e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.

1 2 3 4 5

20) Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.

1 2 3 4 5

21) Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.

1 2 3 4 5

22) Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.

1 2 3 4 5

23) Parece que eu estou “funcionando no piloto automático” sem muita consciência do que estou fazendo.

1 2 3 4 5

24) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.

1 2 3 4 5

25) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como estou pensando.

1 2 3 4 5

26) Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.

1 2 3 4 5

27) Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.

1 2 3 4 5

28) Eu realizo atividades apressadamente sem estar realmente atento a elas.

1 2 3 4 5

29) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.

1 2 3 4 5

30) Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas e eu não deveria senti-las.

1 2 3 4 5

31) Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.

1 2 3 4 5

32) Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.

1 2 3 4 5

33) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.

1 2 3 4 5

34) Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que estou fazendo.

1 2 3 4 5

35) Normalmente quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos.

1 2 3 4 5

36) Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.

1 2 3 4 5

37) Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.

1 2 3 4 5

38) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas.

1 2 3 4 5

39) Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.

1 2 3 4 5