

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Luan Pereira Silva

**Evidências de eficácia dos programas baseados em *mindfulness* na depressão: uma
revisão de escopo**

Florianópolis

2022

Luan Pereira Silva

Evidências de eficácia dos programas baseados em *mindfulness* na depressão: uma
revisão de escopo

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Reis de Sá Júnior

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Luan Pereira

Evidências de eficácia dos programas baseados em
mindfulness na depressão : uma revisão de escopo / Luan
Pereira Silva ; orientador, Antônio Reis de Sá Júnior,
2022.

49 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Atenção plena. 3. Depressão. 4.
Transtornos mentais. 5. Psicoterapia. I. de Sá Júnior,
Antônio Reis . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Medicina. III. Título.

Luan Pereira Silva

**Evidências de eficácia dos programas baseados em *mindfulness* na depressão: uma
revisão de escopo**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Médico”
e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Medicina da Universidade
Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de abril de 2022.

Prof. Dr. Edevard Jose De Araujo
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Reis de Sá Júnior
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Ana Maria Maykot Prates Michels
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Jane da Silva
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão de escopo com o intuito de avaliar a eficácia dos programas baseados em *mindfulness* no manejo de indivíduos com sintomas depressivos.

Método: Inicialmente, foi feita uma busca de artigos por meio da base de dados PubMed através dos descritores MeSH voltados à depressão e *mindfulness*. A pesquisa foi realizada em setembro de 2021, com vistas à inclusão de trabalhos que apresentassem indivíduos com diagnósticos de transtornos depressivos e/ou com sintomas depressivos em tratamento com algum programa baseado em *mindfulness* (PBM). Estudos que não apresentassem como desfecho primário depressão ou que apresentassem análises qualitativas dos resultados da intervenção foram excluídos da presente revisão.

Resultados: Foram encontrados na pesquisa 423 artigos, os quais após a leitura de títulos e resumos, e do documento na íntegra, foram reduzidos aos 32 estudos presentes nessa revisão de escopo. Pouco mais de dois terços dos estudos demonstraram reduções estatisticamente relevantes dos sintomas depressivos. Nos artigos que compararam um PBM com tratamento usual ou lista de espera, cerca de 80% apresentou diferença estatística entre intervenção e controle no desfecho sintomas depressivos. Já nos artigos que continham um grupo controle ativo, apenas um terço apresentou diferença estatisticamente relevante entre os grupos.

Conclusão: Os programas baseados em *mindfulness* parecem demonstrar alguma eficácia na redução de sintomas depressivos pelo que foi encontrado na literatura recente. Contudo, existe uma heterogeneidade presente entre os artigos selecionados no que tange modelos de PBM, amostra populacional e método de avaliação dos sintomas. Dessa forma, torna-se importante a realização de novos ensaios clínicos randomizados e controlados com diferentes grupos populacionais, sobretudo utilizando-se de controles ativos para uma melhor validação dos PBM.

Palavras-chave: Atenção plena. Depressão. Transtornos mentais. Psicoterapia.

ABSTRACT

Objective: To perform a scope review to assess the efficacy of mindfulness-based programs (MBP) when used to treat patients with depressive symptoms.

Methods: First, the database Pubmed was used for the research of MeSH Terms directed to depression and mindfulness, during September 2021. As inclusion criteria, only articles that evaluated patients with depressive symptoms or that included a diagnostic of any depressive disorder being treated with a MBP were selected. Any other study that did not present depression as primary outcome or if the outcome consisted only on qualitative data was not considered in this work.

Results: Throughout the research period, 423 articles were found and filtered by titles and abstracts. Finally, 32 studies were fully read and selected for this scope review. Nearly two thirds of the studies indicated statistically relevant reductions of depressive symptoms. The articles that compared MBP with the usual treatment or waitlist presented almost 80% of statistical difference between intervention and control groups on depressive symptoms outcome. Among the studies with active control groups, only one third showed statistically relevant difference between groups.

Conclusion: MBP seem to demonstrate efficacy at reducing depressive symptoms according to recent literature. However, there was a heterogeneity found between the articles selected in this review when observing the MBP, population sample and methods used to assess depressive symptoms. Thus, to better evaluate this therapy, new Randomized Controlled Trials with different population groups are needed, especially ones that use active control groups as a validation method.

Keywords: Mindfulness. Depression. Mental disorders. Psychotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais características dos estudos selecionados.	28
Tabela 2 - Resultados encontrados em cada um dos estudos selecionados separados em cada grupo.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DASS-21 *Depressive Anxiety and Stress Scale*

DSM-5 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EPDS *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

iMBCT *Internet-delivered Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

GDS-15 *Geriatric Depression Scale*

MBCT *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

MBP *Mindfulness-Based Programs*

MBSR *Mindfulness-Based Stress Reduction*

MeSH *Medical Subject Headings*

PBM *Programas Baseados em Mindfulness*

TDM *Transtorno Depressivo Maior*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVO	18
2	MÉTODO	19
3	RESULTADOS	21
3.1	GESTANTES	21
3.2	INDIVÍDUOS COM COMORBIDADES.....	23
3.3	ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	24
3.4	IDOSOS	25
3.5	POPULAÇÃO EM GERAL	26
4	DISCUSSÃO	32
5	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos como um todo representam um importante problema para a saúde pública com grande impacto em qualidade de vida, acometendo mais de 350 milhões de pessoas pelo mundo (1). O risco de um indivíduo vir a fazer parte desse grupo de pessoas, apresentando ao menos um episódio depressivo em algum momento da vida, oscila entre 6,5-21%; afetando, assim, cerca de um a cada cinco indivíduos em alguns países como França, Estados Unidos e Brasil (2). Além disso, segundo dados apresentados na revisão *Global Burden of Disease Study 2017*, os transtornos depressivos apresentam-se, desde 2007, na terceira posição entre as doenças com mais anos vividos com incapacidade, estando atrás apenas do grupo de cefaleias e de dor lombar (3).

Na quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o grupo referente aos transtornos depressivos foi separado dos transtornos de humor bipolar, e compreende oito diferentes diagnósticos. Em comum, eles apresentam alterações do humor, com tendência à tristeza e/ou irritabilidade, associadas a um prejuízo da capacidade funcional do indivíduo fruto de um comprometimento somático e cognitivo (4). O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é o mais prevalente entre esses diagnósticos e trata-se de uma doença debilitante com diferentes graus de acometimento, que se apresenta muitas vezes na forma de episódios recorrentes; tendo eles, necessariamente, duração maior que duas semanas. Esse transtorno apresenta critérios diagnósticos bem definidos, sendo essencial a presença de humor deprimido e/ou anedonia, podendo ainda apresentar uma série de outros sintomas. Entre esses sintomas estão as alterações do sono, peso e apetite, a sensação de culpa, a fadiga e perda de energia, o prejuízo na concentração, o retardo, a agitação psicomotora e a ideiação suicida (5,6).

Devido à presença dos vários sintomas associados ao TDM, sobretudo aqueles com impacto na cognição, esse transtorno acarreta em prejuízos tanto na esfera psicossocial, quanto no desempenho nas atividades laborais. Nesse contexto, um dos fatores de destaque é o absenteísmo, de forma que, a cada ano, os indivíduos que sofrem de transtornos depressivos acabam por perder pouco mais de um mês de trabalho (7). Com isso em vista, torna-se imprescindível um tratamento estruturado que busque reduzir os vários danos que esses sintomas causam nas esferas biopsicossociais e trabalhistas. Para tanto, dentro do plano de tratamento usual voltado a essas doenças, encontram-se três estágios que contemplam

diferentes formas de abordagem, sendo um deles dedicado a mudanças no estilo de vida, outro a psicoterapias e, por fim, um para terapia farmacológica (8).

O início desse tratamento passa por uma higiene do sono, uma dieta saudável e exercício físico regular, junto da avaliação de medicações que possam interferir no humor (6,8). Após essas medidas iniciais, deve-se fazer uso das terapias presentes no espectro das psicoterapias e da vasta gama de fármacos usados nessa área. Em episódios depressivos leves, torna-se uma alternativa a prática isolada de uma psicoterapia, podendo-se implementar um dos diversos métodos empregados nas sessões de psicoterapias voltados ao tratamento dos transtornos depressivos, tendo entre essas terapias resultados semelhantes em termos de eficácia, embora se conheça melhor o benefício de algumas em específico (9–11). Um dos exemplos mais estudados e utilizados é a Terapia Cognitiva Comportamental, que originada a partir de pilares como a Terapia Cognitiva de Beck e a Terapia Racional-Emotiva Comportamental de Ellis, tem sido utilizada para o tratamento desde transtornos de ansiedade na infância a dores crônicas, por meio da ressignificação de fatores que possam desencadear estresse (12–14). Por fim, para completar o tratamento, existe uma série de medicamentos que podem ser utilizados em associação com psicoterapias, em monoterapia ou em associação entre diferentes classes de fármacos (15–17).

Com o passar das últimas três décadas, mesmo dispondo desse crescente arsenal terapêutico, elevou-se em cerca de 50% a incidência desses transtornos, ao passo que, em 2017, em média 2,6 a cada 1.000 habitantes apresentavam quadros compatíveis com um dos transtornos depressivos (18). Recentemente, após a disseminação global das diversas variantes do vírus Sars-CoV-2 entre o final de 2019 e início de 2020, bem como as medidas instauradas a fim de lidar com a pandemia originada a partir disso, pode-se notar uma mudança no panorama das doenças de saúde mental, sobretudo nos transtornos depressivos (19–21). O aumento da prevalência de sintomas depressivos notados durante esse período foi especialmente alarmante em populações específicas como estudantes universitários e profissionais da saúde (21–24).

Mesmo diante desse cenário, em 2010, aproximadamente metade da população mundial tinha para sua assistência dois psiquiatras a cada 100.000 habitantes (1). Além disso, países de média e, sobretudo, de baixa renda, não conseguem prover um tratamento adequado à grande maioria da população acometida por esses transtornos de humor (25). Por outro lado, vê-se hoje estudos que visam encontrar novos métodos terapêuticos para a depressão, como o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores do receptor de

angiotensina, os quais vêm apresentando resultados, sobretudo em associação com o tratamento usual, principalmente devido a sua ação anti-inflamatória (26,27). Outros estudos vêm sugerindo o uso de novos métodos alternativos como a ketamina, a qual apresentou, no tratamento de depressão refratária à medicação usual, bons resultados, especialmente nas primeiras 24 horas após sua administração (28–30).

Dentro desse contexto de novos métodos terapêuticos, enquadram-se os vários modelos de terapias associadas às práticas de *mindfulness*. O termo “*mindfulness*”, melhor traduzido para o português como Atenção Plena, remete a uma ideia originada em um período entre o quinto e o terceiro século a.C., proveniente de ensinamentos antigos do Budismo (31). Desde aquela época, foram descritos relatos de seu uso a fim de promover saúde (32). Existem muitas definições que buscam qualificar o que hoje vem sendo chamada de *mindfulness*. Primeiramente, ela era descrita como uma capacidade de acessar a memória de um momento, enquanto outra definição, também de um período antigo do Budismo, já trazia uma ideia de viver o hoje, de forma que a busca por essa Atenção Plena passava por estar atento e presente a cada momento (33). Com o passar do tempo, surgiram outras definições mais recentes, como a da *American Psychological Association*, que define *mindfulness* como a consciência do estado interior e do entorno de um indivíduo (34), bem como definições que buscam diferentes abordagens. Em uma visão operacional, tentou-se definir esse tema com um modelo de dois componentes, sendo um deles voltado a uma autorregulação da atenção com o objetivo de mantê-la focada no presente. Um segundo componente consiste em observar com curiosidade, aceitação e mente aberta as experiências que acontecem no momento presente (35).

Da mesma forma que existem diversas definições, encontram-se também vários modelos de terapias que se utilizam da Atenção Plena. Um dos programas terapêuticos pioneiros a ser criado, com metodologia e plano terapêutico definido, foi inicialmente chamado de Programa de Redução de Estresse e Relaxamento (36). Elaborado por Jon Kabat-Zinn, esse programa, posteriormente adaptado para tornar-se o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), consiste em uma abordagem com duração definida de 10 semanas, pautada em um espectro de práticas meditativas em grupo, com o compartilhamento de experiências associado à disponibilização de material didático para auxílio do processo terapêutico. Além disso, conta com um dia de retiro para meditação e tarefas para serem realizadas fora do ambiente da terapia. Esse programa foi inicialmente usado para controle de

dor crônica, sendo também observados resultados em transtornos de humor e sintomatologia psicológica (37).

Outro programa que se baseou no conceito da Atenção Plena, originado alguns anos após o de Kabat-Zinn, foi o nomeado *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), o qual se utilizou de elementos da terapia cognitiva junto de parte do modelo do MBSR a fim de promover resultados no controle da recorrência de episódios depressivos (38,39). As diversas terapias que se utilizam das práticas de *mindfulness* surgiram a partir de adaptações desses modelos, mantendo algumas de suas características. Ademais, elas visam um controle da atenção no presente e uma capacidade de observar com curiosidade, aceitação e mente aberta cada experiência pela qual o indivíduo é submetido, o que se apresentam como os dois pilares da definição operacional de *mindfulness* propostos por Bishop et al. (35).

1.1 OBJETIVO

Atualmente, orientando-se a partir desses modelos já existentes, surgiram diversos programas que se aproveitam da Atenção Plena para atuar em diferentes patologias e transtornos, sobretudo aqueles com componentes psicológicos envolvidos. Ainda que com fins diferentes, eles seguem um corpo estrutural semelhante, com algumas adaptações que os proporcionam características e usos diferentes entre si (40). Dessa forma, observa-se um contexto onde se fazem presentes novas terapias emergentes que buscam, entre outras coisas, suprir a necessidade de alternativas inovadoras no enfrentamento do impacto crescente dos transtornos depressivos. Neste estudo, tem-se como objetivo a realização de uma revisão de escopo a fins de obter dados a respeito da eficácia dos Programas Baseados em *Mindfulness* (PBM) no tratamento dos transtornos depressivos.

2 MÉTODO

Inicialmente, fez-se, nesse estudo, uma revisão da literatura presente em bases de dados internacionais, seguindo a metodologia prevista para revisões de escopo. Esse modelo de revisão tem como objetivos desenvolver uma pesquisa das fontes e evidências, que podem ser encontradas dentro de uma área específica, apresentando, assim, o que há de dados já publicados sobre o tema e o que carece de informações e pesquisas para um melhor entendimento do assunto. Dessa forma, pode-se assumir que existem quatro motivos que favorecem a realização de uma revisão de escopo (41,42):

- Permitir o mapeamento dos atuais campos de estudo a fim de evidenciar o que há de material publicado com o propósito de facilitar futuras revisões de literatura para as específicas metodologias terapêuticas baseadas em *mindfulness*;

- Verificar se o conteúdo já publicado é suficiente para que seja viável o investimento para a realização de uma revisão sistemática;

- Proporcionar um trabalho que reúna dados que sensibilizem entidades políticas, profissionais da saúde e consumidores a mobilizarem recursos para pesquisas na área;

- Identificar lacunas ainda não abordadas em pesquisas já publicadas.

Essa revisão foi realizada baseando-se nos moldes e orientações previstas pelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* (42).

A fim de estabelecer a pergunta de pesquisa, foi usada como base a estratégia *Population, Concept and Context* (43). Sendo assim, optou-se por designar para população selecionada, pacientes com diagnóstico firmado de algum dos transtornos depressivos previstos no DSM-5 ou com presença de sintomas depressivos avaliados por meio de algum questionário validado para depressão. Como conceito, foi escolhida a intervenção realizada com Programas Baseados em *Mindfulness*. Por fim, o contexto a ser analisado seria o resultado dessa intervenção, seja com uma melhora do quadro ou uma falha terapêutica. Portanto, a pergunta proposta nessa pesquisa foi “Quais os resultados obtidos com a utilização de PBM no tratamento de indivíduos acometidos por transtornos depressivos?”.

Após definida a pergunta de pesquisa, realizou-se a seleção dos descritores em saúde com base no *Medical Subject Headings (MeSH)*. Então, fez-se uma busca de literatura presente em bases de dados internacionais, com a leitura de títulos, de resumos e, posteriormente, de documentos na íntegra; sendo, por fim, realizada uma análise crítica dos

resultados e uma discussão. Para tanto, utilizou-se coletas na base de dados PubMed, da base de dados MEDLINE, da *National Library of Medicine*. Nessa coleta de dados, foram selecionados como critérios de busca os MeSH Terms “*Depression/epidemiology*”, “*Depression/statistics and numerical data*” e “*Depression/therapy*”, agrupados com o operador lógico *OR*, somados ao MeSH Term “*Mindfulness*”, relacionado aos demais com o operador lógico *AND*. A pesquisa limitou-se ao período dos últimos oito anos, visto que o MeSH Term “*Mindfulness*” foi criado apenas no ano de 2013. Todas as informações obtidas, junto de suas referências, foram agrupadas no gerenciador bibliográfico Mendeley.

Por meio desses critérios de busca, foram selecionados artigos encontrados até o dia 25 de setembro de 2021, resultando em uma pesquisa com 423 artigos. Inicialmente, foi realizada uma seleção com a leitura dos títulos e resumos, na qual se excluiu 382 desses artigos, restando como selecionados 41 dos iniciais. Então, fez-se a leitura na íntegra desses documentos. Com essa segunda etapa de seleção, foram então excluídos mais 9 artigos, selecionando os 32 finais que compuseram os resultados desse estudo. Os artigos excluídos descumpriam algum dos critérios de inclusão ou apresentavam elementos que o retiravam dos modelos buscados para esse trabalho. Entre esses elementos, os mais comuns foram as avaliações qualitativas do processo de terapia, a avaliação como desfecho primário de parâmetros laboratoriais e/ou de resultados focados em benefícios clínicos para outras comorbidades que não aquela tratada nesse estudo.

Como critérios de inclusão no artigo foram selecionados somente os artigos publicados em inglês e português que apresentassem indivíduos com diagnóstico de algum transtorno depressivo, ou que tivessem sintomas validados por um questionário, em tratamento com Programas Baseados em *Mindfulness*, podendo ou não, apresentar outra opção terapêutica no estudo. Outro critério de inclusão é que o artigo tivesse como desfecho primário avaliação dos sintomas depressivos, sendo também aceitos dados sobre ansiedade e estresse, concomitantes à avaliação dos sintomas depressivos. Por fim, foi definido que seriam selecionados apenas ensaios clínicos independentes de controle e randomização, retirando do trabalho outras metodologias de estudo, como revisões e relatos de caso.

Já como critérios de exclusão, foram retirados da revisão artigos que apresentavam pacientes com outros transtornos psiquiátricos descritos no DSM-5 concomitantes aos sintomas depressivos; que focavam o estudo em avaliar a adesão aos PBM em vez dos resultados encontrados após a intervenção; e que direcionavam o enfoque para análises qualitativas do tratamento.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos na análise foram divididos em cinco grupos, sendo cada grupo referente a uma área e população de interesse. Entre elas, foram destacados os usos em idosos, gestantes e puérperas, estudantes, indivíduos com comorbidades que favorecem o surgimento de transtornos de humor e população em geral. Os achados apresentados a seguir foram sumarizados nas Tabelas 1 e 2.

3.1 GESTANTES

Dentre os estudos selecionados, seis tiveram como amostra populacional gestantes que apresentassem sintomas depressivos. Entre eles, dois utilizaram como intervenção programas baseados em *mindfulness* veiculados por meio da internet (44,45), dois se basearam em modelos adaptados do MBCT (46,47), um foi baseado na terapia MBSR (48) e um utilizou o programa de *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP) (49). Quanto ao desfecho depressão, quatro artigos encontraram reduções estatisticamente significativas nos valores encontrados nas escalas (44,46,47,49), enquanto dois não apresentaram reduções importantes dos sintomas depressivos (45,48). Já nos quatro estudos que avaliaram sintomas de ansiedade, todos apresentaram menores valores significativos estatisticamente após a intervenção quando comparados aos anteriores à intervenção (44–46,48). Por fim, apenas dois artigos usaram escalas para avaliar o desfecho estresse, sendo que ambos obtiveram reduções estatisticamente importantes dos valores encontrados nas escalas após a intervenção (48,49).

Nos estudos que buscaram evidências do uso de modelos adaptados do manual de tratamento padrão do MBCT (50) em gestantes, foi mantida a estrutura de oito semanas com adaptações direcionadas ao período perinatal, como psicoeducação voltada às dificuldades encontradas nesse período, uma redução do tempo das sessões e uma mudança em algumas das práticas meditativas realizadas, de forma a favorecer a adesão das gestantes ao programa (46,47). Em um desses estudos, foram encontrados, no período de tratamento e um mês após, resultados estatisticamente relevantes favorecendo o grupo intervenção quando comparado ao grupo controle, tanto para sintomas depressivos, como ansiosos (46). Em outro estudo com 86 gestantes com sintomas residuais de um quadro prévio de TDM, também foi encontrada significância estatística favorecendo menores valores na *Edinburgh Postnatal Depression*

Scale (EPDS) para o grupo intervenção em relação ao grupo com tratamento habitual ao término do tratamento e nos seguimentos de um e seis meses após o término. Além disso, o estudo demonstrou um *hazard ratio* de 3,87, indicando que o risco de reincidência de TDM foi 74% menor no grupo que realizou as práticas do MBCT, sendo encontrado nessa população um risco de reincidência de 18,4% comparado aos 50,2% do grupo que seguiu com tratamento usual (47).

Em um artigo usando como intervenção uma adaptação do MBSR voltado para gestantes, evidenciou-se uma diferença significativa entre intervenção e tratamento usual para ansiedade e estresse, obtendo tamanhos de efeito moderados a grandes. Contudo, não houve redução estatisticamente relevante para sintomas depressivos, o que foi sugerido no estudo ter acontecido devido à baixa gravidade dos sintomas presentes na população estudada (48). Já em outro estudo, usou-se uma adaptação com sessões reduzidas em número e duração do *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting*. Nele, demonstrou-se diferença estatística quanto a sintomas depressivos e estresse quando comparado ao grupo controle ativo. Este último foi submetido a práticas de relaxamento e respiração voltados à redução do estresse e das dores, denominado programa Lamaze. Além disso, apresentou tamanhos de efeito moderados para ambos os desfechos, como evidenciado na Tabela 2 (49).

Naqueles estudos que se utilizaram de uma abordagem com modelos de PBM veiculados por meio da internet (44,45), um apresentou, após a intervenção, uma redução com significância estatística e pequeno tamanho de efeito nos valores de ansiedade na *State Trait Anxiety Inventory – State scale* (STAI-S). Entretanto, não foi demonstrada qualquer relevância estatística nos parâmetros referentes a sintomas depressivos avaliados pela EPDS em uma amostra de 68 gestantes internadas por gestações de alto risco. Nesse estudo, apenas cerca de 57% completaram todas as três sessões propostas para a intervenção, por motivos variados, sobretudo causados pelas doenças presentes no pré-natal (45). Em outro artigo, foi notada uma diferença estatisticamente significativa entre a redução dos sintomas depressivos e ansiosos do grupo submetido às quatro sessões de terapia e do grupo submetido ao cuidado usual do pré-natal. Esses parâmetros foram avaliados em uma população de 123 gestantes com sintomas depressivos leves a moderados (44).

3.2 INDIVÍDUOS COM COMORBIDADES

Alguns dos artigos selecionados tiveram como amostra indivíduos acometidos por outros diagnósticos que tem por consequência maiores riscos de apresentarem transtornos depressivos. Sete dos estudos se enquadram nesse grupo, sendo a intervenção de três deles adaptadas do MBSR (51–53) e quatro deles oriundas do MBCT (54–57). Quando avaliados os sintomas depressivos antes e após a intervenção, cinco apresentaram redução estatisticamente significativa dos valores nas escalas (51,53–55,57), enquanto dois deles não apresentaram significância estatística (52,56). Cinco desses estudos investigaram sintomas de ansiedade, sendo que três deles mostraram reduções estatisticamente relevantes (51,54,56) e dois deles não (52,55), enquanto quatro deles avaliaram estresse, tendo três deles apresentado relevância estatística na diminuição dos valores das escalas (51,52,54) e um não sendo relevante nesse aspecto (56).

Com modelos presenciais adaptados de MBCT, três estudos demonstraram reduções estatisticamente relevantes dos sintomas depressivos (54,55,57). Em um desses estudos com 27 indivíduos com Doença de Parkinson, foi notada uma redução importante de 25% dos valores dos sintomas depressivos na *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) no grupo intervenção com um grande tamanho de efeito. Contudo, quando observado o mesmo desfecho pela escala *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) não foi evidenciada relevância estatística, assim como para o desfecho ansiedade (55). Já em outro desses estudos, diferentemente do anterior, foi notada redução estatisticamente relevante dos sintomas de ansiedade e estresse em uma população de 25 indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico (54). Um artigo se utilizou de uma adaptação online do MBCT mantendo os temas e as cargas horárias do modelo presencial. Nesse estudo com 150 indivíduos com câncer de mama e próstata, foi demonstrada, até o período pós-intervenção, diferença estatística entre *Internet-delivered Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (iMBCT) e lista de espera para os desfechos depressão e ansiedade com tamanhos de efeito pequenos a moderados. No entanto, até o seguimento de seis meses após o término da intervenção, apenas a ansiedade demonstrou discrepância significativa entre grupos, mantendo-se os tamanhos de efeito antes descritos. Além disso, percebeu-se no estudo uma falha de seguimento de 49% do grupo submetido à terapia, sendo 28,8% por falta de motivação e 12,5% por dificuldades na utilização das mídias digitais, o que acabou por ser descrito como uma das limitações do estudo (56).

Utilizando-se de adaptações do MBSR, três estudos apresentaram resultados discrepantes. Em um deles, treze pessoas acometidas pela Doença de Parkinson apresentaram redução estatisticamente significativa para os desfechos depressão, ansiedade e estresse entre as oito semanas de intervenção. Todavia, não houve relevância estatística no seguimento de oito semanas após o término da intervenção (51). Já em outro estudo com 175 mulheres dependentes de opioides, foi notada uma redução significativa dos valores das escalas para depressão, bem como uma diferença estatística entre intervenção e controle (53). Um terceiro estudo com 52 adolescentes portadores de alguma doença cardíaca não demonstrou diferença estatística para nenhum desfecho entre o grupo submetido à versão encurtada em número e duração das sessões e o grupo submetido a videochamadas com mesma duração da terapia. Além disso, apenas o estresse atingiu reduções nas escalas com relevância estatística, não sendo importantes as diminuições dos sintomas depressivos e ansiosos em ambos os grupos (52). Quanto à adesão, apenas seis dos treze indivíduos com Doença de Parkinson completaram as atividades das oito semanas de um dos estudos (51), assim como apenas cerca de 42% das mulheres dependentes de opioides completaram a intervenção de outro estudo (53). Por outro lado, no terceiro estudo, 95% dos adolescentes completaram os questionários e a intervenção (52).

3.3 ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Outra população que recebeu o enfoque de alguns dos ensaios selecionados foi a de estudantes. Cinco desses artigos apresentaram como amostra populacional universitários com algum grau de sintomas depressivos (58–62). Diferentes programas baseados em *mindfulness* foram usados nesses cinco artigos, sendo dois deles provenientes do MBSR (58,62), dois montados a partir de um conjunto de práticas de *mindfulness* (59,61) e um adaptado do MBCT (60). Todos os estudos avaliaram os desfechos depressão, ansiedade e estresse, sendo que em apenas um deles não houve redução estatisticamente significativa dos sintomas depressivos (60), todos demonstraram significância estatística para a melhora dos parâmetros de estresse (58–62) e apenas três deles apresentaram diminuição significativa dos valores das escalas para ansiedade (59,61,62).

Entre os estudos que avaliaram a população universitária, três apresentaram modelos com reduzida carga horária, conforme demonstrado na Tabela 1. Um deles apresentou reuniões semanais de uma hora por quatro semanas tendo obtido resultados semelhantes entre

a terapia com *mindfulness* e a *Behavioral Activation Therapy*, sendo que ambas apresentaram diferença estatística em relação ao grupo controle quanto aos desfechos sintomas depressivos, estresse e remissão do transtorno depressivo (58). Outro estudo com 125 universitários se utilizou de um modelo adaptado do MBCT com apenas uma hora de duração a cada sessão, visando melhorar a adesão dos estudantes e possibilitar uma integração da terapia ao currículo de ensino superior, tendo sido obtida ao final do estudo diferença estatística pela DASS-21 entre a terapia proposta e os controles com lista de espera e aulas periódicas de educação física (60). Por fim, um último estudo apresentou uma intervenção puramente remota com uma tarefa mínima de dez minutos diários realizada em um site, com reduções estatisticamente importantes nos desfechos depressão, ansiedade e estresse (61). Além disso, os dois artigos apresentaram tamanhos de efeito moderados a fortes para depressão e estresse, e pequenos para ansiedade (58,60), enquanto o terceiro apresentou tamanhos de efeito pequenos para os três desfechos (61).

3.4 IDOSOS

Com um enfoque em uma população de idosos, dois artigos se utilizaram de programas baseados em *mindfulness* diferentes, um com foco no MBCT (63) e outro chamado *Detached Mindfulness* (64). O primeiro deles criou uma adaptação do MBCT facilitando algumas das atividades meditativas de forma a favorecer a adesão da população de 50 idosos selecionados para o estudo, e estendeu o tratamento com uma continuação de 26 semanas a mais de terapia. Quando comparado ao grupo de tratamento usual, os indivíduos submetidos à intervenção inicial de oito semanas apresentaram redução estatisticamente significativa dos sintomas depressivos ($p = 0,014$). Porém, essa diferença estatística entre grupos não se confirmou ao término das 26 semanas extras propostas no estudo, tanto para o desfecho depressão ($p = 0,23$), quanto para o desfecho ansiedade ($p = 0,32$). Ainda assim, foi encontrado no artigo um tamanho de efeito moderado na depressão (Cohen's $d = 0,5$), e na ansiedade (Cohen's $d = 0,41$), como demonstrado na Tabela 2 (63).

Já em outro estudo direcionado para esse grupo populacional, 34 mulheres entre 65 e 85 anos com diagnóstico de transtorno depressivo maior, em tratamento com citalopram em doses terapêuticas, foram submetidas à terapia *Detached Mindfulness* ou a reuniões para a realização de atividades de lazer, ambas com quatro semanas de duração contendo duas reuniões semanais cada. Nesse trabalho, foi encontrada uma diferença estatisticamente

relevante ($p < 0,001$) entre os grupos, tanto para sintomas depressivos, quanto sintomas ansiosos. Outro fator avaliado no estudo foi a remissão de transtornos depressivos, sendo que o grupo submetido à terapia apresentou uma tendência de remissão do quadro depressivo 7,65 a 15,53 vezes maior no grupo intervenção em comparação ao grupo com controle ativo (64).

3.5 POPULAÇÃO EM GERAL

Dentre todos os estudos selecionados, doze não se enquadraram nos demais grupos, apresentando entre si diferenças no PBM utilizado e nas amostras populacionais avaliadas, conforme descrito na Tabela 1. Entre os artigos, três utilizaram modelos derivados do MBCT (65–67), dois utilizaram a terapia *Resilience Training* (68,69), quatro usaram modelos próprios com práticas de *mindfulness* (70–73), um usou a terapia *Mindfulness-Based Compassionate Living* (MBCL) (74), um utilizou a terapia MBSR (75) e o último teve por intervenção uma adaptação da *Behavioral Activation Therapy with Mindfulness* (76).

Quanto ao desfecho depressão, nove estudos apresentaram redução estatisticamente relevante no período de intervenção (65,67–69,71–74,76), enquanto três não demonstraram relevância estatística na diminuição dos valores encontrados nas escalas para sintomas depressivos (66,70,75). Em oito desses estudos, foi avaliada a diferença estatística entre os grupos intervenção e controle para esse desfecho, tendo sido encontrada relevância estatística em cinco desses estudos (67–69,72,74), enquanto três não apresentaram resultados de intervenções com significância estatística em relação aos do grupo controle (65,66,73). Apenas dois desses artigos foram comparados a grupos de controle ativo, sendo um comparado a um programa de melhoramento da saúde, com exercício físico, terapia com música e nutrição (65) e outro com controle ativo com caminhadas periódicas (73), de forma que em ambos os artigos não foi encontrada diferença estatística entre os grupos. Cinco artigos avaliaram tamanho de efeito da intervenção para o desfecho depressão, dois artigos apresentaram efeito moderado para intervenção (67,76), enquanto dois apresentaram efeito pequeno (71,74) e um último não apresentou tamanho efeito relevante para depressão no estudo (75).

Em relação à ansiedade, quatro artigos evidenciaram reduções estatisticamente importantes (68,69,72,75), enquanto outros dois artigos não tiveram importância estatística nesse quesito (70,76). Por fim, três estudos demonstraram reduções com relevância estatística para o desfecho estresse (68,69,71). Por outro lado, dois deles não atingiram valores que

sugerissem importância estatística (70,75). Um dos estudos apresentou tamanho de efeito moderado (75) e outro grande tamanho de efeito para ansiedade (67), com dois estudos apresentando tamanhos de efeito pequenos para estresse (71,75).

Em um dos estudos, foi notada redução estatisticamente relevante tanto dos sintomas depressivos, quanto da quantidade de indivíduos que entraram em remissão. Contudo, quando avaliado o período de seguimento de doze semanas após o término da intervenção, o grupo de tratamento usual apresentou uma diminuição dos valores nas escalas estatisticamente maior em relação ao grupo intervenção (72). Três artigos avaliaram a incidência de recaídas do transtorno depressivo. Um deles demonstrou significância estatística favorecendo o grupo com o PBM (72), enquanto no outro não foi evidenciado diferença estatística entre grupos para a reincidência de depressão e para o tempo para reincidência. Encontrou-se uma taxa de recaída de 32% para o grupo todo com MBCT e 23,5% para os indivíduos que cumpriram as quatro sessões mínimas do programa (65). O terceiro artigo apresentou uma menor incidência no grupo submetido à *Behavioral Activation Therapy with Mindfulness*, com 10,8% de indivíduos acometidos, comparado aos 26,8% do grupo controle ($p = 0,01$) (76).

Em um estudo com 92 indivíduos com sintomas residuais de um TDM, foi comparado o grupo de intervenção com MBCT em relação a um grupo submetido a um controle ativo com medidas de promoção à saúde, não evidenciando diferença estatística para o desfecho depressão durante o período de intervenção. Entretanto, evidenciou-se uma diferença no padrão da curva de melhora dos sintomas depressivos dos indivíduos, ao passo que aqueles submetidos ao controle ativo tiveram uma melhora exponencial, tendo uma melhora importante no início, com uma diminuição dessa melhora com o tempo. Enquanto isso, o desenho da curva dos indivíduos submetidos ao MBCT seguiu um padrão linear com uma melhora gradual, mantendo uma redução dos sintomas com o passar do tempo (65).

Tabela 1 – Principais características dos estudos selecionados

	Origem do estudo	MBP	Participantes	Número de participantes	Perfil		Período	Sessões	
					Idade (anos)	Sexo		Nº	Duração
Universitários	McIndoo et al. (2015) EUA	MBSR (adaptado)	Universitários com depressão	50	m = 19,2	62,0% F 38,0% M	4 semanas	4	1 h
	Falsafi (2016) EUA	Práticas de Mindfulness	Universitários com depressão ou ansiedade	90	18 - 50 m = 22,1	86,4% F 13,6% M	8 semanas	8	1 h 15 min
	Gallego et al. (2014) Espanha	MBCT (adaptado)	Universitários	125	18 - 43	57,6% F 42,4% M	8 semanas	8	1 h
	Cavanagh et al. (2013) Reino Unido	MBSelfHelp (online)	Universitários	104	19 - 51 m = 24,7	88,5% F 11,5% M	2 semanas	14	Mínimo 10 min diários
Idosos	Song e Lindquist (2014) Coreia do Sul	MBSR	Universitários	50	m = 19,6	81,0% F 19,0% M	8 semanas	8	2 h
	Dikaos et al. (2020) Canadá	MBCT (adaptado) MBCT-C	Idosos com depressão e/ou ansiedade	50	≥60 m = 66,9	70,4% F 29,6% M	8 semanas +26 semanas	8 + 26	1 h
	Ahmadpanah et al. (2017) Irã	Detached Mindfulness	Mulheres entre 65 e 85 anos com transtornos depressivos	34	65 - 85 m = 69,2	100% F	4 semanas	8	60 - 90 min
	Lönnerberg et al. (2020) Suécia	MBCP (adaptado)	Gestantes primíparas	197	m = 32	100% F	8 semanas	8	2 h 15 min
Gestantes	Yang et al. (2019) China	PBM online	Gestantes com sintomas depressivos leves/moderados	123	>18 m = 31,3	100% F	8 semanas	4	40 min
	Goetz et al. (2020) Alemanha	PBM online	Gestantes com pré-natal de alto risco	68	22 - 41	100% F	1 semana	3	45 min
	Zemestani & Nikoo (2019) Áustria	MBCT	Gestantes com sintomas depressivos e de ansiedade	38	26 - 30 m = 28,6	100% F	8 semanas	8	2 h
	Zhang et al. (2018) China	MBSR	Gestantes com sintomas depressivos	66	m = 25,7	100% F	8 semanas	8	1 h 30 min
Comorbidades	Dimicijan et al. (2016) EUA	MBCT-PD	Gestantes com quadro prévio de transtorno depressivo maior	86	m = 31,0	100% F	8 semanas	8	2 h
	Rodgers et al. (2019) Austrália	MBCT (adaptado)	Indivíduos com Doença de Parkinson	38	40 - 77 m = 63,7	45,0% F 55,0% M	8 semanas	6	2 h
	Birtwell et al. (2017) Reino Unido	MBSR (adaptado)	Indivíduos com Doença de Parkinson com sintomas depressivos, ansiosos ou dificuldade de lidar com a doença	6	m = 67,9	16,6% F 86,3% M	8 semanas	56	45 min
	Freedenberg et al. (2017) EUA	MBSR (adaptado)	Adolescentes com diagnóstico de alguma doença cardíaca	52	14 - 18	69,0% F 31,0% M	6 semanas	6	1 h 30 min
Comorbidades	Alexander et al. (2019) EUA	MBSR (adaptado)	Mulheres gestantes de mais de 28 semanas ou que tiveram um parto a menos de 3 anos com dependência do uso de opioides	175	18 - 40 m = 30,5	100% F	12 semanas	12	2 h
	Hosseinzadeh Asl & Barahmand (2014) Turquia	MBCT	Homens dependentes de opioides com sintomas depressivos	33	17 - 43 m = 29,5	100% M	8 semanas	8	2 h
	Kim et al. (2019) Coreia do Sul	MBCT	Indivíduos com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	25	m = 42,0	96,0% F 4,0% M	6 semanas	6	2 h

Origem do estudo	MBP	Participantes	Número de participantes	Perfil		Período	Sessões	
				Idade (anos)	Sexo		Nº	Duração
Nissen et al. (2019) Dinamarca	iMBCT	Indivíduos em acompanhamento de câncer de mama ou próstata	150	mF = 54,5 mM = 64,9	91,3% F 8,6% M	8 semanas	56	1 h
Schuling et al. (2020) Holanda	Mindfulness-Based Compassionate Living	Indivíduos adultos que já passaram por um programa de terapias com MBCT após remissões de episódios depressivos	122	m = 55,9	77,0% F 23,0% M	4 meses	8	2 h 30 min +30 min diário
Segal et al. (2020) EUA	Mindful Mood Balance (iMBCT adaptado)	Indivíduos com histórico de TDM prévio e sintomas depressivos leves pela escala PHQ-9	460	m = 48,3	75,6% F 24,4% M	3 meses	8	2 h 30 min
Wong et al. (2018) China	Behavioural Activation with Mindfulness	Pacientes de clínicas de atenção primária com valores na PHQ-9 de 5 a 9 (sintomas depressivos leves)	115	≥18 m = 54,0	93,1% F 6,9% M	8 semanas	8	2 h
Ryan et al. (2017) EUA	ALMA Mindfulness Intervention	Mães imigrantes com variados níveis de sintomas depressivos e ansiosos	24	>18	100% F	5 semanas	5	2 h
Miller & Brooker (2017) Canadá	MBSR (adaptado)	Pais e professores de crianças do primário com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (ADHD)	26	Todas as idades	84,6% F 14,4% M	8 semanas	8	2 h
Schuer & Lewis (2016) EUA	Mindfulness-based yoga	Mulheres com histórico prévio de depressão e sintomas depressivos validados pelo SCID e BDI-II	40	20 - 64 m = 42,7	100% F	12 semanas	8	1 h +15 min telefone
Johnson et al. (2015) EUA	Resilience Training	Profissionais da saúde com CESD-10 ≥10	40	18 - 65 m = 45,3	90,0% F 5,0% M 5,0% NI*	8 semanas	8	2 h 30 min +20 min diário
Shallcross et al. (2015) EUA	MBCT	Indivíduos com sintomas depressivos residuais de TDM	92	18 - 60 m = 36,7	76,0% F 24,0% M	8 semanas	8	2 h 30 min +50 min diário
Griffin et al. (2015) EUA	Resilience Training	Indivíduos que participaram no programa Penny George Institute for Health and Healing (PGIHH)	371	≥18 m = 62,3	64,7% F 16,4% M 18,9% NI*	8 semanas	8	2 h 30 min +50 min diário
Pots et al. (2014)	MBCT (adaptado)	Indivíduos com sintomas depressivos leves a moderados	151	20 - 81 m = 47,9	78,1% F 21,9% M	11 semanas	11	1 h 30 min +15 min diário
Musa et al. (2020) Nigéria	MBCT	Indivíduos com transtorno depressivos (validados pelo SCID)	101	18 - 60	65,0% F 35,0% M	8 semanas	8	2 h 15 min
Lopez-Maya et al. (2019) EUA	MAPs Health Education (HE)	Indivíduos com PSS ≥9 e auto-avaliação sugerindo sintomas depressivos	76	18 - 60 mMAP = 43,4 mHE = 42,2	MAPs: 81,6% F 18,4% M HE: 76,3% F 23,7% M	6 semanas	6	2 h +5-20 min diário

População em geral

*Não quiseram se identificar

m: Média de idade

ALMA: Amigas Latinas Motivando el Alma

iMBCT: Internet-Delivered Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MAPs: Mindfulness Awareness Practices for daily living

MBCT: Mindfulness-Based Childbirth and Parenting

MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBCT-PD: Mindfulness-Based Cognitive Therapy Perinatal Depression

MBSelfHelp: Mindfulness-Based SelfHelp

MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction

PBM: Programas Baseados em Mindfulness

TDM: Transtorno Depressivo Maior

Tabela 2 – Resultados encontrados em cada um dos estudos selecionados separados em cada grupo.

	Origem do estudo	Intervenções	Desfechos	Grupo Mindfulness										Grupo Controle**										Grupo Controle Ativo																																																				
				Medidas			Pré			Pós			p			d			n			Pré			Pós			p			d			n			Pré			Pós			p			d																														
				n	Média	DP	Média	DP	DP	n	Média	DP	Média	DP	DP	n	Média	DP	Média	DP	DP	n	Média	DP	Média	DP	DP	n	Média	DP	Média	DP	DP	n	Média	DP	Média	DP	DP	n	Média	DP	Média	DP	DP																															
Universitários	McIndoo et al. (2015) EUA	MBSR (adaptado) Behavioral Activation*	Depressão Ansiedade Estresse	BDI-II HRSD BAI	29,67	9,81	16,5	12,8	<0,05	0,68	30,17	13,16	25,5	11,83	>0,05	-	27,21	7,17	13,93	10,15	<0,05	0,77	14,44	4,34	7,44	5,24	<0,05	1,03	14,67	2,81	13,08	4,85	>0,05	-	15,93	3,71	6,57	4,47	>0,05	1,14	17,5	9,97	12,06	8,91	>0,05	0,32	18,92	13,27	16,05	9,19	>0,05	-	15,86	10,5	12,21	8,63	>0,05	0,19	25,5	6,99	20,44	8,16	<0,05	0,6	25,92	4,83	25,00	4,47	>0,05	-	24,00	5,95	19,14	5,89	<0,05	0,77
					21	22,2	7,1	13,8	9,1	<0,01	-	2,4	0,6	1,5	0,6	<0,01	-	2,3	2,1	1,1	8,6	20,3	8,4	>0,05	-	2,6	0,5	2,2	0,7	>0,05	-	20,2	9,1	21,1	10,9	>0,05	-	20,0	10,6	9,1	5,0	<0,01	<0,01																																	
					41	4,75	3,55	2,9	2,5	0,053	0,602	4,47	3,78	3,46	2,41	0,48	0,318	7,95	3,89	5,7	2,75	0,006	0,667	4,85	3,34	4,09	2,81	0,004	0,24	2,17	7,87	18,96	6,75	<0,001	0,37	8,3	5,1	4,1	4,0	0,002	-	8,6	8,9	8,5	7,6	0,002	-																													
					54	4,85	3,34	4,09	2,81	0,004	0,24	2,2	0,6	1,5	0,6	<0,01	-	2,3	2,1	1,1	8,6	20,3	8,4	>0,05	-	2,6	0,5	2,2	0,7	>0,05	-	20,2	9,1	21,1	10,9	>0,05	-	20,0	10,6	9,1	5,0	<0,01	<0,01																																	
	Cavannah et al. (2013) Reino Unido	MBSelfHelp (online)	Depressão Ansiedade Estresse	PHQ-4 PSS	4,75	3,55	2,9	2,5	0,053	0,602	4,47	3,78	3,46	2,41	0,48	0,318	7,95	3,89	5,7	2,75	0,006	0,667	4,85	3,34	4,09	2,81	0,004	0,24	2,17	7,87	18,96	6,75	<0,001	0,37	8,3	5,1	4,1	4,0	0,002	-																																				
					21	22,2	7,1	13,8	9,1	<0,01	-	2,4	0,6	1,5	0,6	<0,01	-	2,3	2,1	1,1	8,6	20,3	8,4	>0,05	-	2,6	0,5	2,2	0,7	>0,05	-	20,2	9,1	21,1	10,9	>0,05	-	20,0	10,6	9,1	5,0	<0,01	<0,01																																	
	Song & Lindquist (2014) Coreia do Sul	MBSR	Depressão Ansiedade Estresse	DASS-21	8,3	5,1	4,1	4,0	0,002	-	8,6	8,9	8,5	7,6	0,002	-	5,9	5,9	6,3	5,9	7,4	0,023	-	30,0	12,2	13,7	8,9	<0,001	-	30,0	12,2	13,7	8,9	<0,001	-	9,00	5,48	9,35	5,43	-	-																																			
					27	11,5	4,32	8,4	4,2	>0,05	-	9,92	4,83	6,31	4,1	<0,05	-	26,85	7,17	20,78	6,54	<0,05	-	5,52	2,55	2,97	2,34	<0,001	-	5,72	2,65	2,64	5,26	2,88	-	61	5,19	2,64	5,26	2,88	-	-																																		
	Dikaatos et al. (2020) Canadá	MBCT (adaptado) MBCT-C	Depressão Ansiedade	PHQ-9 GAD-7	15,2	4,88	13,00	4,71	>0,05	-	11,5	4,32	8,4	4,2	>0,05	-	9,92	4,83	6,31	4,1	<0,05	-	26,85	7,17	20,78	6,54	<0,05	-	5,72	2,65	2,64	5,26	2,88	-	61	5,19	2,64	5,26	2,88	-																																				
					19	30,06	2,52	12,19	6,78	<0,001	-	34,29	7,1	21,24	9,25	<0,001	-	5,98	2,24	3,58	2,32	<0,001	-	5,52	2,55	2,97	2,34	<0,001	-	5,72	2,65	2,64	5,26	2,88	-	61	5,19	2,64	5,26	2,88	-																																			
Ahmadpanah et al. (2017) Irã	Detached Mindfulness Leisure Activities*	Depressão Ansiedade	GDS BAI	8,12	2,67	4,00	2,69	<0,001	-	8,41	4,77	8,62	4,13	0,71	-	46,65	11,35	43,81	10,09	0,03	-	38,6	7,39	38,43	8,46	0,75	-	21,63	6,08	20,69	6,09	0,2	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-																																					
				96	26,85	7,17	20,78	6,54	<0,001	-	9,92	4,83	6,31	4,1	<0,05	-	26,85	7,17	20,78	6,54	<0,001	-	5,52	2,55	2,97	2,34	<0,001	-	5,72	2,65	2,64	5,26	2,88	-	61	5,19	2,64	5,26	2,88	-																																				
Lönnberg et al. (2020) Suécia	MBCT (adaptado) Lamaze program*	Depressão Estresse	EPDS PSS	9,92	4,83	6,31	4,1	<0,05	-	8,12	2,67	4,00	2,69	<0,001	-	30,06	2,52	12,19	6,78	<0,001	-	34,29	7,1	21,24	9,25	<0,001	-	9,92	4,83	6,31	4,1	<0,05	-	26,85	7,17	20,78	6,54	<0,001	-																																					
				62	5,98	2,24	3,58	2,32	<0,001	-	5,98	2,24	3,58	2,32	<0,001	-	5,52	2,55	2,97	2,34	<0,001	-	5,52	2,55	2,97	2,34	<0,001	-	5,72	2,65	2,64	5,26	2,88	-	61	5,19	2,64	5,26	2,88	-																																				
Yang et al. (2019) China	PBM online	Depressão Ansiedade	PHQ-9 GAD-7	8,41	4,77	8,62	4,13	0,71	-	46,65	11,35	43,81	10,09	0,03	-	38,6	7,39	38,43	8,46	0,75	-	21,63	6,08	20,69	6,09	0,2	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-																																					
				19	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	51,75	7,39	51,38	7,66	0,589	-	71,53	6,45	66,91	5,7	<0,001	-	58,53	4,85	52,63	4,43	<0,001	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-																																				
Goetz et al. (2020) Alemanha	PBM online	Depressão Ansiedade	SDS STAI	51,75	7,39	51,38	7,66	0,589	-	71,53	6,45	66,91	5,7	<0,001	-	58,53	4,85	52,63	4,43	<0,001	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-																																					
				28	71,53	6,45	66,91	5,7	<0,001	-	58,53	4,85	52,63	4,43	<0,001	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-																																				
Zhang et al. (2018) China	MBSR	Depressão Estresse	SDS PSRS	51,75	7,39	51,38	7,66	0,589	-	71,53	6,45	66,91	5,7	<0,001	-	58,53	4,85	52,63	4,43	<0,001	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-																																					
				28	71,53	6,45	66,91	5,7	<0,001	-	58,53	4,85	52,63	4,43	<0,001	-	35,76	10,97	15,15	2,23	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-	31,92	5,61	18,15	3,91	<0,05	-																																				
Dimidjian et al. (2016) EUA	MBCT-PD	Depressão	EPDS	5,98	3,95	4,67	3,95	0,002	0,7	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-																																					
				40	5,98	3,95	4,67	3,95	0,002	0,7	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-																																				
Rodgers et al. (2019) Austrália	MBCT (adaptado)	Depressão Ansiedade	DASS_Dep GDS-15 DASS_Anix GAI	3,11	0,51	2,31	0,62	<0,001	0,96	2,78	0,35	1,87	0,11	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-																																						
				15	2,78	0,35	1,87	0,11	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-	4,27	0,34	3,6	0,53	>0,05	-																																					
Birtwell et al. (2017) Reino Unido	MBSR (adaptado)	Depressão Ansiedade Estresse	DASS-21	16,33	7,31	7,33	3,62	0,022	-	15,67	9,25	8,67	2,81	0,021	-	16,33	7,31	7,33	3,62	0,022	-	15,67	9,25	8,67	2,81	0,021	-	16,33	7,31	7,33	3,62	0,022	-	15,67	9,25	8,67	2,81	0,021	-																																					
				6	13,00	7,56	5,5	3,02	0,019	-	15,67	9,25	8,67	2,81	0,021	-	16,33	7,31	7,33	3,62	0,022	-	15,67	9,25	8,67	2,81	0,021	-	16,33	7,31	7,33	3,62	0,022	-	15,67	9,25	8,67	2,81	0,021	-																																				
Freedenberg et al. (2017) EUA	MBSR (adaptado) Vídeo online support*	Depressão Ansiedade Estresse	HADS RSQ	6,3	4,5	6,0	4,1	0,622	-	10,5	4,0	9,9	4,0	0,259	-	27,6	9,2	24,5	8,4	0,015	-	18,51	11,1	14,91	-	0,003	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-																																					
				26	10,5	4,0	9,9	4,0	0,259	-	27,6	9,2	24,5	8,4	0,015	-	18,51	11,1	14,91	-	0,003	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-																																				
Alexander et al. (2019) EUA	MBSR (adaptado)	Depressão	BDI-II	18,51	11,1	14,91	-	0,003	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-																																					
				65	18,51	11,1	14,91	-	0,003	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-	16,46	9,03	20,46	-	0,467	-																																				
Hosseinzadeh Asl & Barahmand (2014) Turquia	MBCT	Depressão	BDI-II	26,75	12,26	16,94	7,64	<0,05	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-																																					
				16	26,75	12,26	16,94	7,64	<0,05	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-	24,52	8,46	23,65	8,05	-	-	24,52																																																					

Origem do estudo	Intervenções	Desfechos	Medidas	Grupo Mindfulness						Grupo Controle**						Grupo Controle Ativo						p (entre grupos)			
				n	Média	DP	Média	DP	p	d	n	Média	DP	Média	DP	p	d	n	Média	DP	Média		DP	p	d
Segal et al. (2020) EUA	Mindful Mood Balance (iMBCT adaptado)	Depressão Ansiedade	PHQ-9 GAD-7	61	7,2 6,51	1,41 3,15	4,37 4,17	1,64 3,43	<0,001 <0,001	- -	61	7,29 6,2	1,53 3,28	1,75 4,6	<0,001 <0,01	- -	16	26,5	5,5	15,69	8,2	<0,01	-	<0,001 0,004	
Wong et al. (2018) China	Behavioural Activation with Mindfulness	Depressão Ansiedade	BDI-II STAI-S STAI-T	115	19,18 48,03 47,76	8,35 9,42 8,18	15,41 46,26 46,75	9,53 11,54 9,38	<0,001 0,059 0,11	- -	116	17,68 47,71 46,87	9,52 10,17 8,7	17,28 47,68 47,43	9,83 9,33 8,15	- -	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ryan et al. (2017) EUA	ALMA Mindfulness Intervention	Depressão Ansiedade Estresse	PHQ-9 GAD-7 PSS	24	6,3 5,7 26,7	5,7 5,5 3,9	5,1 4,2 25,3	6,3 5,4 5,2	>0,05 >0,05 >0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Miller & Brooker (2017) Canadá	MBSR (adaptado)	Depressão Ansiedade Estresse	PHQ-9 GAD-7 PSS	26	5,12 4,88 25,38	4,25 3,47 4,33	4,69 3,08 23,35	4,73 0,04 5,03	0,64 0,53 0,43	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Schuer & Lewis (2016) EUA	Mindfulness-based yoga Walking control condition*	Depressão	BDI-II	18	26,2	6,6	18,06	10,86	<0,001	-	18	18,35	5,02	15,03	6,03	-	46	11,9	6,6	7,1	6,49	<0,01	-	0,44	
Johnson et al. (2015) EUA	Resilience Training	Depressão Ansiedade	CESD-10 PHQ-9 STAI-S	20	15,8 12,35 46,65	5,01 5,71 9,95	5,81 3,68 35,21	5,96 4,63 9,7	<0,01 <0,01 <0,01	-	20	14,35 52,15 56,5	5,82 11,14 10,71	12,14 48,68 53,55	5,87 15,29 11,21	-	46	11,9	6,6	7,1	6,49	<0,01	-	0,002 0,001 0,068 0,008 0,002	
Shalleross et al. (2015) EUA	MBCT Health enhancement program*	Depressão	BDI-II	46	12,1	7,5	11,9	7,2	<0,01	-	46	6,4	2,3	5,1	4,1	-	46	11,9	6,6	7,1	6,49	<0,01	-	>0,05	
Griffin et al. (2015) EUA	Resilience Training	Depressão Ansiedade Estresse	CESD-10 STAI-S STAI-T PSS-4	299	17,5 51,0 56,3 9,4	4,9 10,8 9,8 3,0	9,8 36,8 43,9 6,2	5,9 11,5 11,6 2,8	<0,05 <0,05 <0,05 <0,05	-	67	6,4 34,4 39,2 5,3	2,3 8,2 7,6 2,3	5,1 31,0 34,0 3,8	4,1 10,4 9,0 2,0	-	67	6,4	2,3	5,1	4,1	-	-	<0,01 <0,01 <0,01	
Pots et al. (2014)	MBCT (adaptado)	Depressão Ansiedade	CESD-10 HADS-A	76	15,62 7,96	7,86 3,4	11,79 6,14	8,76 3,52	0,001 0,001	0,5	75	16,46 8,57	8,32 3,58	16,43 8,22	9,94 3,89	-	75	16,46	8,32	16,43	9,94	-	-	<0,01 <0,01	
Musa et al. (2020) Nigéria	MBCT	Depressão	BDI-II	50	32,7	6,36	22,25	6,19	>0,05	-	51	29,55	7,35	24,9	2,97	>0,05	-	51	29,55	7,35	24,9	2,97	>0,05	0,264	
Lopez-Maya et al. (2019) EUA	MAPs Health Education (HE)*	Depressão Estresse	BDI-II PSS	38	16,6 23,6	0,8 0,7	6,5 16,3	0,8 0,7	<0,05 <0,05	-	38	16,3 24,0	0,8 0,7	8,7 17,6	0,8 0,7	<0,05 <0,05	-	38	16,3 24,0	0,8 0,7	8,7 17,6	0,8 0,7	<0,05 <0,05	>0,05 -	

*Intervenções propostas para controles ativos

**Grupos controles com tratamento usual ou lista de espera.

***Valor de p entre grupos intervenção e tratamento usual/lista de espera. Não houve diferença estatística entre intervenção e controle ativos nesses estudos.

n: número de indivíduos que participaram ativamente do estudo

ALMA: Amigas Latinas Motivando el Alma

BAI: Beck Anxiety Inventory

BDI-II: Beck Depression Inventory

CESD-10: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder

GAI: Geriatric Anxiety Inventory

GDS: Geriatric Depression Scale

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS: Hamilton Anxiety Scale

HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression

iMBCT: Internet-Delivered Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MAPs: Mindfulness Awareness Practices for daily living

MBCT: Mindfulness-Based Childbirth and Parenting

MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBCT-PD: Mindfulness-Based Cognitive Therapy Perinatal Depression

MBSelfHelp: Mindfulness-Based SelfHelp

MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction

PBM: Programas Baseados em Mindfulness

PHQ-4/PHQ-9: Patient Health Questionnaire

PRAO-R: Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire Revised

PSS-R: Perceived Stress Reactivity Scale

PSS: Perceived Stress Scale

RSQ: Responses to Stress Questionnaire

SDS: Self-Rating Depression Scale

SLSI: Student-Life Stress Scale

STAI-S/STAI-T: State Trait Anxiety Inventory

4 DISCUSSÃO

Atualmente, diversos novos PBM surgem com o objetivo de melhor se adaptarem à realidade da população e de mais adequadamente se integrem em programas de tratamento e promoção à saúde (77). Conforme descrito na Tabela 1, estiveram presentes nesse estudo muitos desses diferentes programas, sendo heterogêneos os resultados obtidos a partir das diferentes formas de intervenção propostas. Ainda assim, cerca de 72% dos artigos apresentaram redução estatisticamente relevante dos sintomas depressivos. Esse número sobe para aproximadamente 80% quando avaliada a diferença estatística entre a intervenção realizada com PBM e controles com lista de espera e tratamento usual. Resultados que igualmente sugerem o uso dessas terapias podem ser encontrados em outras revisões publicadas a respeito do tema, as quais apresentam tamanhos de efeito moderados a fortes em diferentes amostras populacionais (78–80).

Por outro lado, em dois terços dos estudos que compararam PBM com controles ativos não foi evidenciada diferença estatística, o que vai ao encontro de outros artigos presentes na literatura (81,82).

Modelos mais antigos como o MBCT e MBSR já possuem evidências na literatura que reforçam seus benefícios em determinados contextos. Um deles encontra-se na redução da percepção de sintomas depressivos (83,84), outro na diminuição de reincidência de casos de TDM, como descrito em protocolos relevantes como o do *National Institute of Health and Care Excellence* para reconhecimento e manejo da depressão. Neste, descreve-se o MBCT como uma das alternativas para pacientes com três ou mais episódios depressivos prévios refratários ao tratamento padrão, e que apresentem risco de recidiva ou sintomas residuais. (85). Contudo, deve-se ter cuidado ao transpor seus resultados para demais programas associados às práticas de mindfulness, ou mesmo adaptações desses modelos mais antigos. Isso pode ser visto no grupo de idosos, no qual três programas com terapias derivadas do treinamento cognitivo obtiveram resultados distintos. Nas formas mais curtas de quatro e oito semanas de intervenção, evidenciaram-se melhores resultados em oposição à ausência de significância presente na intervenção com 26 semanas de terapia (63,64). Algo semelhante pode ser visto em outra revisão realizada anteriormente usando-se de um mesmo recorte populacional, na qual foi notado que os melhores resultados foram obtidos com programas terapêuticos com duração menor que cinco semanas (86).

Essa mesma relação não se faz presente nas demais amostras populacionais. No grupo referente à população em geral, não foram demonstradas reduções estatisticamente relevantes para o desfecho depressão nos artigos que continham intervenções de cinco (70) e oito semanas (66,75). Por outro lado, aqueles que apresentaram doze (50,73) e até dezesseis semanas (74) de intervenção demonstraram relevância estatística em relação aos sintomas depressivos. Essa diferença encontrada entre os resultados do grupo de idosos e os demais pode ser fruto das necessidades específicas dessa população. Uma segunda hipótese consiste em pensar que poder ter ocorrido um achado acidental, levando em conta a pequena amostragem contida nos trabalhos selecionados com essa população.

Dentre os estudos que utilizaram como amostra gestantes e mulheres no período perinatal, os resultados diferem de outras revisões destinadas à mesma população em alguns aspectos. Em três revisões sistemáticas publicadas sobre o tema, houve um predomínio de resultados sem relevância estatística em ensaios clínicos randomizados e controlados, e diferença estatística entre intervenção e controle em estudos não randomizados e/ou controlados (87–89). Todavia, no presente trabalho, foram encontrados resultados inversos. Quatro dos cinco ensaios clínicos randomizados e controlados mostraram discrepância estatística entre os grupos (44,46,47,49), e o único artigo sem um grupo controle não apresentou redução significativa dos sintomas depressivos (45). Essa diferença entre o presente estudo e as revisões sistemáticas citadas pode ter ocorrido devido à limitação dessa pesquisa a uma única base de dados. Além disso, outro fator que pode ter contribuído foi a seleção de artigos com datas de publicação mais recentes às encontradas nas revisões, com modelos mais flexibilizados e adaptados às necessidades da população estudada. (44–46,49).

Quanto ao grupo de estudantes, foram obtidos resultados favoráveis ao uso de intervenções baseadas em *mindfulness*, mesmo em relação aos grupos controles. Nesse contexto, foi demonstrada superioridade em relação a controles ativos como atividade física (60) e yoga (59), e equivalência em relação a outras terapias como *Behavioural Activation Therapy* (58). Os resultados desse estudo acabaram apresentando valores mais otimistas em relação ao encontrado em revisões sistemáticas na literatura (90,91). Nelas, apenas pouco mais da metade dos estudantes apresentaram reduções estatisticamente relevantes dos sintomas depressivos ao tratamento com PBM. Essa diferença pode ter ocorrido tendo em vista o perfil de estudantes de cursos da saúde nesses outros artigos, diferente dos encontrados no presente artigo. Outra hipótese consiste em assumir que isso é fruto do predomínio de intervenções com menor duração das sessões encontradas nos trabalhos aqui selecionados.

Essa redução pode ser um fator a gerar melhores desfechos tendo em vista a adaptação ao perfil da população alvo, o que precisaria de mais estudos para que possa ser avaliado.

No grupo de pacientes com comorbidades, o percentual de estudos com respostas relevantes para o desfecho depressão foi semelhante ao encontrado na análise do trabalho como um todo. Porém, nesse grupo houve uma maior perda de seguimento dos indivíduos submetidos às intervenções. Quatro dos sete estudos apresentaram uma taxa de abandono maior que 20% dos participantes (51,53,55,56). Dois deles chegaram a números de 58% (53) e 54% (51), o que pode sugerir uma dificuldade em adesão desses pacientes às terapias propostas.

A partir desses dados, nota-se que existe dificuldade em se criar um bom vínculo terapêutico, o que faz com que seja importante a adaptação dos modelos mais antigos às necessidades de cada população. Dentro desse contexto, muitos dos artigos selecionados apresentam novos modelos de terapia reduzindo a carga horária, o número das sessões, e modificando o retiro de um dia para meditação proposto inicialmente por Kabat-Zinn em 1979 (36). Além dessas medidas, a internet apresentou-se em cinco dos artigos selecionados como uma alternativa para facilitar a adesão aos programas terapêuticos, apresentando reduções significativas dos sintomas depressivos em três deles (44,50,61). Contudo, mais estudos são necessários para que se possa conhecer a factibilidade e o benefício de se utilizar essas adaptações, sejam elas presenciais ou remotas, nas diferentes populações.

Outro fator levado em conta em muitos dos artigos selecionados nessa revisão é o contexto em que deverá ser utilizado o PBM. Em um dos artigos, a terapia foi realizada na vigência da internação dos pacientes (45). Já em outro, ela esteve integrada em um contexto de atenção primária (76). Nesse segundo exemplo, encontram-se publicações que se utilizam de diferentes PBM com distintos objetivos, tais como no tratamento do sobrepeso e da obesidade (92), no controle de dor crônica (93), na redução dos sintomas depressivos (94) e na prevenção de recidivas de episódios depressivos (95). No *National Health Service* (NHS), já é reconhecido o uso do MBCT conforme descrito no protocolo do NICE (85,96), enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPICS) a prática de meditação (97), até o momento sem um direcionamento para os PBM. Dessa forma, ainda há muito a ser estudado para que esses modelos de terapia sejam incorporados ao tratamento das diversas comorbidades às quais os estudos vêm propondo.

O presente trabalho encontrou algumas limitações no que tange os critérios de busca, de forma que, ao ser utilizado na pesquisa o MeSH *Term* “*mindfulness*”, não foram selecionados artigos anteriores ao ano de 2013, tendo em vista que esse termo só foi adotado como MeSH *Term* nessa data. Isso pode ter levado à perda de artigos relevantes a esse estudo. Além disso, entre os vários modelos de terapia propostos nos artigos, existem muitas diferenças em número de sessões, em duração do programa e, inclusive, no conteúdo abordado nas sessões, de forma que seria necessária uma análise de viés ou, ao menos, uma padronização para que houvesse uma melhor avaliação dos benefícios encontrados no uso dessas terapias. Entretanto, apesar das limitações, foi possível contemplar resultados em diversos grupos populacionais, cada qual com suas particularidades, da intervenção com as terapias baseadas em *mindfulness* em trabalhos recentes, incluindo aqueles que utilizaram a internet como artifício de ajuda para a execução dos programas.

5 CONCLUSÃO

A partir do que foi encontrado nos resultados obtidos por meio dessa revisão, notou-se, na maioria dos artigos selecionados, uma redução significativa dos sintomas depressivos da população submetida a PBM. Entretanto, é importante ressaltar que há diferença entre os diversos grupos populacionais em termos de benefícios obtidos com a intervenção, bem como entre os vários modelos de terapia e suas adaptações. É de suma importância que novos trabalhos avaliem essa crescente gama de novos programas baseados em *mindfulness*, sobretudo aqueles que se utilizam de mídias digitais, para que se possa conhecer modelos eficazes para os diferentes perfis populacionais.

REFERÊNCIAS

1. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014 Nov 13;515(7526):181.
2. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* [Internet]. 2011 Jul 26 [cited 2022 Mar 19];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21791035/>
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [Internet]. 2018 Nov 10 [cited 2021 Aug 11];392(10159):1789–858. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618322797/fulltext>
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Vol. 5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013.
5. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2016 Sep 15 [cited 2022 Mar 19];2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27629598/>
6. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* [Internet]. 2018 Nov 24 [cited 2022 Mar 19];392(10161):2299–312. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396512/>
7. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry* [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Aug 24];16(12):1234. Available from: </pmc/articles/PMC3223313/>
8. Malhi GS, Outhred T, Hamilton A, Boyce PM, Bryant R, Fitzgerald PB, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. *Med J Aust* [Internet]. 2018 Mar 5 [cited 2022 Mar 19];208(4):175–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29490210/>
9. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*

- [Internet]. 2008 Dec [cited 2022 Mar 19];76(6):909–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19045960/>
10. Linde K, Rucker G, Sigterman K, Jamil S, Meissner K, Schneider A, et al. Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: network meta-analysis. *BMC Family Practice* [Internet]. 2015 Aug 19 [cited 2021 Aug 24];16(1). Available from: </pmc/articles/PMC4545315/>
 11. Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine* [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 24];10(5). Available from: </pmc/articles/PMC3665892/>
 12. David D, Cotet C, Matu S, Mogoase C, Stefan S. 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychol* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Mar 19];74(3):304–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28898411/>
 13. Howes Vallis E, Zwicker A, Uher R, Pavlova B. Cognitive-behavioural interventions for prevention and treatment of anxiety in young children: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Mar 19];81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32891925/>
 14. Urits I, Callan J, Moore WC, Fuller MC, Renschler JS, Fisher P, et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Mar 19];34(3):409–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33004156/>
 15. Marasine NR, Sankhi S, Lamichhane R, Marasini NR, Dangi NB. Use of Antidepressants among Patients Diagnosed with Depression: A Scoping Review. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 19];2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33791379/>
 16. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* [Internet]. 2014 Feb [cited 2022 Mar 19];13(1):56–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24497254/>
 17. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network

- meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2018 Apr 7 [cited 2022 Mar 19];391(10128):1357–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29477251/>
18. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*. 2020 Jul 1;126:134–40.
 19. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2021 Jan 27 [cited 2021 Aug 9];1486(1):90–111. Available from: </pmc/articles/PMC7675607/>
 20. Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, et al. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Aug 9];11(1). Available from: </pmc/articles/PMC8119461/>
 21. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Aug 9];277:55. Available from: </pmc/articles/PMC7413844/>
 22. Demenech LM, Oliveira AT, Neiva-Silva L, Dumith SC. Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Mar 19];282:147–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33418361/>
 23. Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Moayedi S, Yousefi K, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2021 Apr 20 [cited 2022 Mar 19];107. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476692/>
 24. Gao L, Xie Y, Jia C, Wang W. Prevalence of depression among Chinese university students: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Mar 19];10(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985593/>
 25. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood,

- and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2021 Aug 16];370(9590):841. Available from: [/pmc/articles/PMC2847360/](#)
26. Chrissobolis S, Luu AN, Waldschmidt RA, Yoakum ME, D’Souza MS. Targeting the renin angiotensin system for the treatment of anxiety and depression. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Mar 19];199. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33115635/>
 27. Vian J, Pereira C, Chavarria V, Köhler C, Stubbs B, Quevedo J, et al. The renin-angiotensin system: a possible new target for depression. *BMC Med* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Mar 19];15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28760142/>
 28. Lacerda ALT. Esketamine/ketamine for treatment-resistant depression. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 16];42(6):579. Available from: [/pmc/articles/PMC7678896/](#)
 29. Murrough JW, Iosifescu D v., Chang LC, al Jurdi RK, Green CE, Perez AM, et al. Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2013 Oct 1 [cited 2022 Mar 19];170(10):1134–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23982301/>
 30. Berman RM, Cappiello A, Anand A, Oren DA, Heninger GR, Charney DS, et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2000 Feb 15 [cited 2022 Mar 19];47(4):351–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10686270/>
 31. Anālayo B. The Historical Value of the Pāli Discourses. *Indo-Iranian Journal* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2021 Aug 30];55(3):223–53. Available from: https://brill.com/view/journals/ijj/55/3/article-p223_2.xml
 32. Anālayo B. Overeating and Mindfulness in Ancient India. *Mindfulness* 2018 9:5 [Internet]. 2018 Aug 18 [cited 2021 Aug 30];9(5):1648–54. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-018-1009-x>
 33. Anālayo B. Adding historical depth to definitions of mindfulness. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2022 Mar 19];28:11–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30359935/>
 34. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [cited 2021 Sep 14]. Available from: <https://dictionary.apa.org/mindfulness>

35. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* [Internet]. 2004 Sep 1 [cited 2021 Aug 31];11(3):230–41. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1093/clipsy.bph077>
36. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1982 [cited 2022 Mar 19];4(1):33–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7042457/>
37. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* [Internet]. 1985 Jun [cited 2022 Mar 19];8(2):163–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3897551/>
38. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour research and therapy* [Internet]. 1995 [cited 2022 Mar 19];33(1):25–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7872934/>
39. Teasdale JD, Segal Z v., Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2000 [cited 2022 Mar 19];68(4):615–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10965637/>
40. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JMG, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2022 Mar 19];47(6):990–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28031068/>
41. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616> [Internet]. 2007 Feb [cited 2021 Sep 7];8(1):19–32. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>
42. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. <https://doi.org/10.7326/M18-0850> [Internet]. 2018 Sep 4 [cited 2021 Sep 7];169(7):467–73. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M18-0850>

43. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. 2015.
44. Yang M, Jia G, Sun S, Ye C, Zhang R, Yu X. Effects of an Online Mindfulness Intervention Focusing on Attention Monitoring and Acceptance in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Jan 5];64(1):68–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30695166/>
45. Goetz M, Schiele C, Müller M, Matthies LM, Deutsch TM, Spano C, et al. Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Jan 5];22(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32780023/>
46. Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Nov 21];23(2):207–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30982086/>
47. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2021 Nov 21];84(2):134–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26654212/>
48. Zhang JY, Cui YX, Zhou YQ, Li YL. Effects of mindfulness-based stress reduction on prenatal stress, anxiety and depression. *Psychol Health Med* [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2021 Nov 29];24(1):51–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29695175/>
49. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M. Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression-Results from a randomized controlled trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2021 Nov 29];262:133–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733457/>
50. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition* [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 21]. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt->

- BR&lr=&id=QHRVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=EVBjbyRAqd&sig=CNxBn
 0RO7QGc7NT_gG_mYZ-6Uh4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
51. Birtwell K, Dubrow-Marshall L, Dubrow-Marshall R, Duerden T, Dunn A. A mixed methods evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction course for people with Parkinson's disease. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Jan 5];29:220–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29122265/>
 52. Freedenberg VA, Hinds PS, Friedmann E. Mindfulness-Based Stress Reduction and Group Support Decrease Stress in Adolescents with Cardiac Diagnoses: A Randomized Two-Group Study. *Pediatr Cardiol* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2022 Jan 5];38(7):1415–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28702717/>
 53. Alexander K, Kronk R, Sekula K, Short V, Abatemarco D. Implementation of a Mindfulness Intervention for Women in Treatment for Opioid Use Disorder and Its Effects on Depression Symptoms. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 Aug 3 [cited 2022 Jan 5];40(8):690–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31100036/>
 54. Kim HA, Seo L, Jung JY, Kim YW, Lee E, Cho SM, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in Korean patients with systemic lupus erythematosus: A pilot study. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2021 Nov 24];35:18–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31003655/>
 55. Rodgers SH, Schütze R, Gasson N, Anderson RA, Kane RT, Starkstein S, et al. Modified Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Symptoms in Parkinson's Disease: a Pilot Trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Nov 24];47(4):446–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654854/>
 56. Nissen ER, O'Connor M, Kaldo V, Højris I, Borre M, Zachariae R, et al. Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychooncology* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Nov 20];29(1):68–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31600414/>
 57. Hosseinzadeh Asl N, Barahmand U. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for co-morbid depression in drug-dependent males. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2021 Nov 24];28(5):314–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25439972/>

58. McIndoo CC, File AA, Preddy T, Clark CG, Hopko DR. Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students. *Behaviour research and therapy* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2022 Jan 6];77:118–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26745622/>
59. Falsafi N. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Jan 6];22(6):483–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27566622/>
60. Gallego J, Aguilar-Parra JM, Cangas AJ, Langer ÁI, Mañas I. Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *Span J Psychol* [Internet]. 2015 Feb 20 [cited 2021 Nov 21];17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26055051/>
61. Cavanagh K, Strauss C, Cicconi F, Griffiths N, Wyper A, Jones F. A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behaviour research and therapy* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 10];51(9):573–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23872699/>
62. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2022 Jan 6];35(1):86–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25066651/>
63. Dikaios E, Escobar S, Nassim M, Su CL, Torres-Platas SG, Rej S. Continuation Sessions of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT-C) vs. Treatment as Usual in Late-Life Depression and Anxiety: An Open-Label Extension Study. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Mar 20];35(10):1228–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525235/>
64. Ahmadpanah M, Akbari T, Akhondi A, Haghghi M, Jahangard L, Sadeghi Bahmani D, et al. Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Jan 7];257:87–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735173/>
65. Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, Kumar N, Palfrey A, Ford BQ, et al. Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2022 Mar 20];83(5):964–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26371618/>

66. Musa ZA, Soh KL, Mukhtar F, Soh KY, Oladele TO, Soh KG. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms Reduction among Depressed Patients in Nigeria: A Randomized Controlled Trial. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 20];42(7):667–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32996802/>
67. Pots WTM, Meulenbeek PAM, Veehof MM, Klungers J, Bohlmeijer ET. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2014 Oct 15 [cited 2022 Mar 20];9(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25333885/>
68. Griffin KH, Johnson JR, Kitzmann JP, Kolste AK, Dusek JA. Outcomes of a Multimodal Resilience Training Program in an Outpatient Integrative Medicine Clinic. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2022 Jan 10];21(10):628–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26262911/>
69. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *Explore (NY)* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2022 Jan 9];11(6):433–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26410675/>
70. Ryan D, Maurer S, Lengua L, Duran B, Ornelas IJ. Amigas Latinas Motivando el Alma (ALMA): an Evaluation of a Mindfulness Intervention to Promote Mental Health among Latina Immigrant Mothers. *J Behav Health Serv Res* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Jan 8];45(2):280–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29256003/>
71. Lopez-Maya E, Olmstead R, Irwin MR. Mindfulness meditation and improvement in depressive symptoms among Spanish- and English speaking adults: A randomized, controlled, comparative efficacy trial. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Jan 10];14(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31276540/>
72. Segal Z v., Dimidjian S, Beck A, Boggs JM, Vanderkruik R, Metcalf CA, et al. Outcomes of Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients With Residual Depressive Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Jan 8];77(6):563–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31995132/>

73. Schuver KJ, Lewis BA. Mindfulness-based yoga intervention for women with depression. *Complement Ther Med* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Jan 9];26:85–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27261987/>
74. Schuling R, Huijbers MJ, van Ravesteijn H, Donders R, Cillessen L, Kuyken W, et al. Recovery from recurrent depression: Randomized controlled trial of the efficacy of mindfulness-based compassionate living compared with treatment-as-usual on depressive symptoms and its consolidation at longer term follow-up. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Jan 7];273:265–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32421612/>
75. Miller CJ, Brooker B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Jan 8];28:108–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28779917/>
76. Wong SYS, Sun YY, Chan ATY, Leung MKW, Chao DVK, Li CCK, et al. Treating Subthreshold Depression in Primary Care: A Randomized Controlled Trial of Behavioral Activation With Mindfulness. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Jan 8];16(2):111–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29531101/>
77. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Mar 22];40(4):739–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080597/>
78. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013 Aug [cited 2022 Mar 22];33(6):763–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23796855/>
79. Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Mar 22];41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33075726/>
80. Taylor BL, Cavanagh K, Strauss C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2022 Mar 22];11(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27182732/>
81. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013 Aug

- [cited 2022 Feb 20];33(6):763–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23796855/>
82. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 20];174(3):357–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24395196/>
 83. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Mar 22];78(6):519–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25818837/>
 84. Huang H ping, He M, Wang H yan, Zhou M. A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast Cancer* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Mar 22];23(4):568–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25820148/>
 85. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management Clinical guideline. 2009 Oct 28 [cited 2022 Mar 20]; Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg90
 86. Reangsing C, Rittiwong T, Schneider JK. Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging Ment Health* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 21];25(7):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32666805/>
 87. Taylor BL, Cavanagh K, Strauss C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2022 Feb 21];11(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27182732/>
 88. Dhillon A, Sparkes E, Duarte R v. Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness (N Y)* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Feb 21];8(6):1421–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201244/>
 89. Shi Z, MacBeth A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness (N Y)* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Feb 21];8(4):823–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28757900/>

90. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Med Teach* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Mar 7];40(2):146–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29113526/>
91. Aloufi MA, Jarden RJ, Gerdtz MF, Kapp S. Reducing stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students: Systematic review. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Mar 7];102. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33905898/>
92. Salvo V, Kristeller J, Marin JM, Sanudo A, Lourenço BH, Schweitzer MC, et al. Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2018 May 11 [cited 2022 Mar 16];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29751819/>
93. Plews-Ogan M, Owens JE, Goodman M, Wolfe P, Schorling J. A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2005 Dec [cited 2022 Mar 16];20(12):1136–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16423104/>
94. Elices M, Pérez-Sola V, Pérez-Aranda A, Colom F, Polo M, Martín-López LM, et al. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Primary Care and the Role of Depression Severity and Treatment Attendance. *Mindfulness (N Y)* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Mar 19];13(2):362–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34868374/>
95. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2008 Dec [cited 2022 Mar 16];76(6):966–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19045965/>
96. National Health Service. Treatment - Clinical depression - NHS [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/clinical-depression/treatment/>
97. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2015;