



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E  
COMPORTAMENTO  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

---

ELTON SOUZA DE LIMA

**ATENÇÃO PLENA E SINTOMAS DE ANSIEDADE:  
UM ESTUDO CORRELACIONAL**

JOÃO PESSOA

2022

ELTON SOUZA DE LIMA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

**ATENÇÃO PLENA E SINTOMAS DE ANSIEDADE:  
UM ESTUDO CORRELACIONAL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamental como requisito parcial para a obtenção do título acadêmico de Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento, na linha de pesquisa Neurociência Cognitiva Pré-Clínica e Clínica.

**Orientadora:** Profa. Dra. Liana Clébia de Moraes Pordeus

JOÃO PESSOA

2022

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

L732a Lima, Elton Souza de.

Atenção plena e sintomas de ansiedade : um estudo correlacional / Elton Souza de Lima. - João Pessoa, 2022.

94 f. : il.

Orientação: Liana Clébia de Moraes Pordeus.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Atenção plena - Consciência. 2. Ansiedade - Sintomas. 3. Correlação - Consciência - Atenção. I. Pordeus, Liana Clébia de Moraes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 165.242.1(043)



### ATA DE DEFESA (DISSERTAÇÃO)

Aos vinte e seis dias do mês de setembro de dois mil e vinte e dois, às dez horas, na sala de multimídia C/CCHLA, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento para o exame de dissertação de mestrado do discente **ELTON SOUZA DE LIMA**, matrícula 20201013851. Foram componentes da banca examinadora as Professoras Doutoras: Liana Clébia de Moraes Pordeus (Presidente/Orientadora), Marine Raquel Diniz da Rosa (Membro Interno) e Maria Regina de Freitas (Membro Externo – Departamento de Fisiologia e Patologia/CCS-UFPB). Dando início aos trabalhos, a presidente da banca, Profa. Dra. Liana Clébia de Moraes Pordeus, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o examinando ELTON SOUZA DE LIMA e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que defendesse sua pesquisa, intitulada **“ATENÇÃO PLENA E SINTOMAS DE ANSIEDADE: UM ESTUDO CORRELACIONAL”**. Passando então ao aludido tema, o examinando foi a seguir arguido pelas examinadoras na forma regimentar. Ato contínuo passou a comissão, em secreto, a proceder à avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito “Aprovado”, o qual foi proclamado pela presidência logo que esta foi franqueada ao recinto da solenidade pública. A versão final da dissertação deverá ser depositada em até 90 dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora. O discente não terá o título se não cumprir as exigências acima. Nada mais havendo a tratar, eu, **LIANA CLÉBIA DE MORAIS PORDEUS**, presidente da comissão examinadora, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos, assino juntamente as demais membros da banca. João Pessoa, 26 de setembro de 2022.

Elton Souza de Lima  
Elton Souza de Lima (Mestrando/PPGNeC)

Liana Clébia de M. Pordeus  
Dra. Liana Clébia de Moraes Pordeus (Orientadora)

Marine Rosa  
Dra. Marine Raquel Diniz da Rosa (Membro Interno)

Maria Regina de Freitas  
Dra. Maria Regina de Freitas (Membro Externo)

Aos meus pais, que com amor e dedicação vêm marcando a minha história de vida, auxiliando-me e apoiando-me em todos os momentos. À minha querida esposa, que com o seu amor e cuidado vem tornando o meu mundo dia a dia mais feliz, estando ao meu lado diante de todos os desafios da vida. Às minhas irmãs, sobrinhos e sobrinha, que têm sido fonte de afeto, alegria e inspiração. Aos meus familiares e amigos que compartilham a trajetória da vida. À Deus, que me concedeu a fé. Aqui estão os resultados dos nossos esforços. Com muita gratidão e felicidade.

## AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado foi elaborada mediante esforços de diferentes agentes.

Primordialmente, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Liana Clébia de Moraes Pordeus, por ter me acolhido, incentivado e direcionado durante todo o percurso no Programa de Pós-Graduação. Agradeço-lhe por toda a disponibilidade, o cuidado e a paciência com que me conduziu durante esta jornada. Muito obrigado por sempre me direcionar pelo caminho de maior crescimento e por me proporcionar uma conexão afetiva com a pesquisa, apresentando-a sob um prisma de leveza e curiosidade.

Ao coorientador Professor Doutor Cícero Francisco Bezerra Felipe, pelo seu empenho e incentivo na elaboração deste trabalho.

À Universidade Federal da Paraíba – UFPB, instituição que me acolheu e me concedeu a oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento - PPGNeC, cujos ensinamentos e convívio guardarei com bastante afeto.

A todos os meus colegas do Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento, com quem compartilhei ótimos momentos.

A todos o meu afeto e a minha gratidão.

*“A natureza não tem pressa, segue seu  
compasso  
Inexoravelmente chega lá”*

Flávio José

## RESUMO

**Introdução:** A atenção plena (*mindfulness*) pode ser compreendida como uma forma particular de se conectar com a realidade, envolvendo primariamente as dimensões psíquicas da consciência e da atenção. Nesse sentido, ela pode ser observada como um estado comportamental/emocional induzido (estado de atenção plena) ou como uma predisposição subjetiva ligada aos traços de personalidade de um indivíduo (traço de atenção plena). Em geral, os estudos têm demonstrado que o estado de atenção plena apresenta potencial relação inversa com os sintomas de ansiedade. Todavia, ainda não se faz claro como o traço de atenção plena está associado com os sintomas de ansiedade de amostras não-clínicas da população geral brasileira, sendo essa a principal lacuna teórica metodológica que se busca preencher com este estudo. **Objetivo:** Verificar se há correlação entre o nível do traço de atenção plena e os sintomas ansiosos em uma amostra da população geral brasileira maior de 18 anos de idade, que não possui transtorno psiquiátrico diagnosticado, que não faz uso de psicofármaco e não está em acompanhamento psicológico. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico analítico, de cunho correlacional e do tipo transversal, realizado de forma online, com a participação de 136 pessoas oriundas da população geral brasileira. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário online, composto por três diferentes questionários: a) Questionário Sociodemográfico, b) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e c) Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS). **Resultados e discussão:** Os resultados apresentados neste estudo demonstram uma associação moderada, inversa e estatisticamente significativa entre os sintomas de ansiedade e o traço de atenção plena em uma amostra da população geral brasileira ( $r = -0,481$ ;  $p < 0,001$ ). Os resultados também demonstraram que os sintomas de ansiedade estiveram inversamente relacionados com a idade dos participantes ( $r = -0,355$ ;  $p < 0,001$ ), de modo que quanto mais avançada era a idade do participante, menores eram os seus níveis de ansiedade. Nessa mesma direção, o traço de atenção plena se relacionou positivamente com a idade ( $r = 0,236$ ;  $p = 0,007$ ), de modo que quanto maior a idade, maior o nível do traço de atenção plena da amostra. Esses resultados alinham-se com diferentes estudos produzidos no âmbito internacional sobre ansiedade e atenção plena, contribuindo com essas áreas de pesquisa.

**Palavras-chave:** Atenção Plena; Ansiedade; Correlação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mindfulness can be understood as a particular way of connecting with reality, primarily involving the psychic dimensions of consciousness and attention. In this sense, it can be seen as an induced behavioral/emotional state (mindfulness state) or as a subjective predisposition linked to an individual's personality traits (mindfulness trait). In general, studies have shown that the state of mindfulness has a potential inverse relationship with anxiety symptoms. However, it is still unclear how the dispositional mindfulness is associated with anxiety symptoms in non-clinical samples of the general Brazilian population, which is the main theoretical and methodological gap that this study seeks to fill. **Objective:** To verify if there is a correlation between the level of mindfulness trait and anxiety symptoms in a sample of the general Brazilian population over 18 years of age, who do not have a diagnosed psychiatric disorder, who do not use psychotropic drugs and are not undergoing psychological counseling. **Method:** This is an analytical, correlational, cross-sectional epidemiological study, carried out online, with the participation of 136 people from the general Brazilian population. An online form was used as a data collection instrument, consisting of three different questionnaires: a) Sociodemographic Questionnaire, b) Beck Anxiety Inventory (BAI) and c) Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). **Results and discussion:** The results presented in this study demonstrate a moderate, inverse and statistically significant association between anxiety symptoms and the mindfulness trait in a sample of the general Brazilian population ( $r = -0.481$ ;  $p < 0.001$ ). The results also showed that anxiety symptoms were inversely related to the age of the participants ( $r = -0.355$ ;  $p < 0.001$ ), so that the older the participant was, the lower their anxiety levels. In the same direction, the mindfulness trait was positively related to age ( $r = 0.236$ ;  $p = 0.007$ ), so that the higher the age, the higher the level of mindfulness trait in the sample. These results are in line with different studies produced internationally on anxiety and mindfulness, contributing to these areas of research.

**Keywords:** Mindfulness; Anxiety; Correlation.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 1.</b> Modelo de Atenção Plena .....	19
<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas da amostra (n = 136) (frequência).....	37
<b>Tabela 2.</b> Informações sobre escolaridade, status de trabalho e vínculo educacional da amostra (frequência).....	38
<b>Tabela 3.</b> Informações relacionadas à saúde da amostra (frequência).....	40
<b>Tabela 4.</b> Matriz de correlações entre as variáveis (r de Pearson).....	44
<b>Tabela 5.</b> Níveis de ansiedade dos participantes de acordo a classificação da BAI (frequência) .....	48
<b>Tabela 6.</b> Relação entre MAAS e variáveis sociodemográficas da amostra considerando a escala de resposta de 1 a 6 - teste t para amostras independentes e ANOVA.....	49
<b>Tabela 7.</b> Pontuações da MAAS e aspectos de saúde da amostra considerando a escala de resposta de 1 a 6 - teste t para amostras independentes .....	50
<b>Tabela 8.</b> Relação entre BAI e variáveis sociodemográficas da amostra (teste t para amostras independentes e ANOVA) .....	51
<b>Tabela 9.</b> Pontuações da BAI e aspectos de saúde da amostra (teste t para amostras independentes) .....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ANOVA	Análise de Variância
BAI	Beck Anxiety Inventory/Inventário de Ansiedade de Beck
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CFP	Conselho Federal de Psicologia
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
d.C.	Depois de Cristo
DP	Desvio-Padrão
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
MAAS	Mindfulness Attention Awareness Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1 Atenção Plena ( <i>Mindfulness</i> ) .....	18
2.2 Ansiedade.....	24
<b>3. PROBLEMA DE PESQUISA E HIPÓTESES</b> .....	<b>30</b>
3.1 Problema de Pesquisa .....	30
3.2 Hipóteses.....	30
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
4.1 Objetivo Geral.....	31
4.2 Objetivos Específicos.....	31
<b>5. MÉTODO</b> .....	<b>32</b>
5.1 Delineamento .....	32
5.2 Local da Pesquisa.....	32
5.3 Amostra.....	32
5.3.1 Critérios de Inclusão.....	32
5.3.2 Critérios de Exclusão .....	33
5.3.3 Participantes .....	33
5.4 Instrumentos.....	33
5.4.1 Questionário Sociodemográfico .....	33
5.4.2 Inventário de Ansiedade de Beck.....	34
5.4.3 Escala de Consciência e Atenção Plenas.....	34
5.5 Procedimentos.....	34
5.6 Aspectos Éticos.....	35
5.7 Análise dos Dados.....	36
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
6.1 Análises Descritivas.....	37
6.2 Correlações .....	44
4.3 Diferenças Individuais .....	48

<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
Anexo A – Inventário de Ansiedade de Beck .....	75
Anexo B – Escala de Consciência e Atenção Plenas .....	76
Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>80</b>
Apêndice A – Modelo de TCLE apresentado ao Comitê de Ética .....	80
Apêndice B – Formulário da Pesquisa ( <i>Google Forms</i> ).....	82

## 1. INTRODUÇÃO

---

A vivência psíquica vem ao longo de milênios despertando o interesse e a curiosidade humana. Nesse sentido, ao longo da História vem se buscando a compreensão de como vivenciamos as realidades interna e externa, quais os meandros da nossa vida afetiva, como se dá o processo de pensar, de sentir e de reagir aos diferentes estímulos, bem como quais os caminhos para mensurar a nossa inteligência e memória. Nesse contexto, seria possível citar uma miríade de temáticas concernentes ao psiquismo humano. No entanto, visualizando-se os trabalhos de diferentes estudiosos, observa-se a grande concentração de interesse nas vivências afetivas, sobretudo no que tange à ansiedade (Crocq, 2015).

No momento histórico atual, observa-se que a ansiedade vem sendo considerada uma vivência afetiva de caráter universal e normal, que visa a preparar o sujeito para situações potencialmente ameaçadoras (Dalgarrondo, 2019; Oyebod, 2018).

Dessa forma, a ansiedade proporcional a um estímulo, que auxilia o indivíduo a lidar melhor com alguma adversidade pode ser considerada fisiológica. Em contraponto, a ansiedade que é mais intensa, que dura mais que o esperado ou que é incompatível com o nível de desenvolvimento psíquico do indivíduo, que se relaciona a potenciais prejuízos nos âmbitos pessoal, familiar, social e laboral, pode ser considerada patológica (American Psychiatric Association, 2013).

A ansiedade patológica é o transtorno mental mais comum, tendo uma prevalência em escala global de cerca de 3,6%, cursando com uma razão de cerca de duas pessoas do sexo feminino para cada indivíduo do sexo masculino acometido (WHO, 2017). Nesse sentido, evidencia-se que esse transtorno pode atingir até cerca de um terço da população mundial ao longo da sua curva de vida (Kessler et al., 2005).

Outrossim, o transtorno de ansiedade – nomenclatura também utilizada para a ansiedade patológica – acometia aproximadamente 19 milhões de pessoas em nosso país no ano de 2017. Esses dados direcionaram o Brasil a liderar o ranking mundial de prevalência de transtorno de ansiedade daquele ano, com uma taxa de cerca de 9,3%, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017).

Ainda em referência ao contexto nacional, pode-se citar que a ansiedade patológica é a terceira causa de afastamento das atividades laborais em nosso país, impactando de forma contundente a qualidade de vida e a economia da população (Souza & Machado-de-Sousa, 2017).

Ademais, frente ao contexto da pandemia da Doença por Coronavírus-2019 (COVID-19) iniciada em 11 março de 2020, houve significativo aumento dos estressores psicossociais – medo do adoecimento, da morte, do desemprego, isolamento social (Bendau et al., 2021). Diante desse cenário, o sofrimento psíquico e os transtornos mentais se tornaram mais prevalentes na população mundial (Hossain et al., 2020). Nesse sentido, levantamento com 45.161 brasileiros realizado durante a Pandemia revelou que 52,6% dos respondentes se sentiam ansiosos ou nervosos, o que apontaria para uma maior incidência da fenomenologia ansiosa no território nacional (Barros et al., 2020).

Frente a esse contexto, diferentes técnicas têm sido pesquisadas e empregadas no intuito de auxiliar os indivíduos no tratamento da ansiedade desadaptativa. Dentre essas técnicas, destaca-se a atenção plena (*mindfulness*) que, ao longo das últimas décadas, vem tendo substancial interesse da comunidade científica internacional (Ghahari et al., 2020; Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994).

A atenção plena (*mindfulness*) pode ser compreendida como uma forma particular de se conectar com a realidade, envolvendo primariamente as dimensões psíquicas da consciência e da atenção. Nesse sentido, engloba uma postura de abertura às próprias experiências, uma

atitude não julgadora e uma busca por se tornar mais consciente e sensível aos diferentes estímulos (Bishop et al., 2004; Keng et al., 2011).

No tocante ao construto do *mindfulness*, pode-se o classificar em atenção plena de estado e a atenção plena de traço. A atenção plena de estado, como o nome representa, refere-se ao estado de *mindfulness*/atenção plena geral ocasionado por uma prática ou um treino de atenção plena. Em contraponto, a atenção plena de traço alude a um caráter disposicional, representado como uma vivência duradoura, estável no tempo e conectada às situações da vida cotidiana de um sujeito (Baer et al., 2006; Rau & Williams, 2015).

Para o desenvolvimento da atenção plena, podem ser empregadas diferentes estratégias ou técnicas. Dentre elas, destaca-se a meditação, que propicia uma conexão singular com as vivências interna e externa, os sentimentos, os pensamentos e as ações do sujeito. Essa técnica pode ser guiada ou ocorrer de modo espontâneo (Kabat-Zinn et al., 1992; Hoge et al., 2013; Wu et al., 2019).

Diversos estudos demonstraram a potencial relação entre a atenção plena (*mindfulness*) e a diminuição dos sintomas ansiosos em diferentes populações (Goyal, et al., 2014; Hofmann & Gomez, 2017; Khoury et al., 2015; Stinson et al., 2020). Na revisão realizada por Pascoe et al. (2017), por exemplo, verificou-se que a meditação *mindfulness* pode minorar a reatividade ao estresse, havendo menores níveis de marcadores fisiológicos - cortisol, proteína C reativa, pressão arterial e frequência cardíaca - em meditadores do que em não-meditadores quando expostos ao estresse.

No momento histórico atual, a maioria das pesquisas disponíveis sobre o *mindfulness* vem se centrando no subtipo atenção plena de estado. Nesse contexto, tem-se demonstrado que quanto maiores os níveis de atenção plena de estado, menores os níveis de ansiedade de um indivíduo, por exemplo. Em contraponto, os estudos investigando a atenção plena de traço têm sido escassos. Nesse sentido, faz-se necessário investigar como esse subtipo de *mindfulness*

pode afetar os níveis de ansiedade dos indivíduos (Bao et al., 2015; Zimmaro et al., 2016). De forma mais direta, questiona-se como a ansiedade e o traço de atenção plena podem estar correlacionados em amostras da população geral brasileira. Diante desse questionamento, propõe-se o seguinte estudo, com vistas a levantar adicionais evidências dessa relação no contexto nacional.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

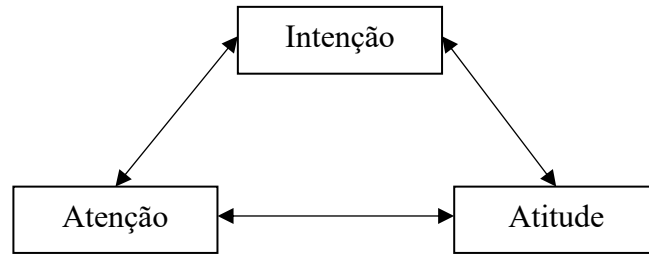
---

### 2.1 Atenção Plena (*Mindfulness*)

A atenção plena, ou *mindfulness*, como abordada na literatura internacional, tem as suas raízes nas práticas espirituais e religiosas ancestrais, merecendo destaque a sua relação com o Budismo. Nessa prática espiritual de mais de 2500 anos de História, a atenção plena é bem documentada, estando interconectada a um sistema de práticas necessárias para que se consiga a libertação do sofrimento, o último estado a ser alcançado pelos praticantes dessa tradição espiritual. Nesse sentido, a atenção plena no contexto do budismo é praticada tendo-se o fundo psicológico de reflexão e contemplação de aspectos como a impermanência, o não-eu e o sofrimento (Kopel & Habermas, 2019). Por outro lado, na tradição Ocidental, a atenção plena se caracteriza pela conexão com o momento presente, não se ancorando em um sistema ético-filosófico ou a uma tradição espiritual, possibilitando a observação de sensações tanto ambientais quanto do próprio organismo (Wielgosz et al., 2019).

A construção teórica do termo atenção plena no Ocidente vem se mostrando bastante ampla. A fim de se delimitar o tema ao que concerne o presente estudo será utilizado o conceito proposto por Jon Kabat-Zinn, que refere que a atenção plena seria a capacidade de “prestar atenção de uma forma particular, com propósito, no momento presente e sem julgamento” (Kabat-Zinn, 1990, 2013). Ainda, segundo o autor, a atenção plena seria uma capacidade natural humana (Kabat-Zinn, 2003).

De modo geral, a atenção plena pode ser compreendida a partir de axiomas acerca de sua formação e funcionamento. Nesse sentido, visando elucidar quais conjecturas teóricas dão sentido à atenção plena, Shapiro et al. (2006) propõem o Modelo de Atenção Plena (*Model of Mindfulness*), conforme apresentado na Figura 1.



**Figura 1** – Modelo de Atenção Plena. Fonte: adaptado de Shapiro et al. (2006).

De acordo com o modelo proposto pelos autores, a atenção plena opera a partir de três axiomas interrelacionados: sendo: (1) intenção – o objetivo para a prática da atenção plena, variável ao longo do tempo, podendo se relacionar à personalidade, à afetividade, à visão de mundo do indivíduo. É possível que a intenção seja a atenuação do estresse, o desenvolvimento do autocuidado, por exemplo; (2) atenção – aspecto cognitivo, componente ligado à consciência do momento presente, à observação das operações da experiência momento-a-momento, nos âmbitos interno e externo; e (3) atitude – trata-se da orientação para a experiência, do comprometimento consciente com o processo atencional, buscando-se uma perspectiva de compreensão e de não-julgamento para as experiências vivenciadas. Esses axiomas não são estágios separados, mas interagem entre si, sendo o *mindfulness* o resultado desse processo de consciência momento a momento.

Embora alguns autores salientem que a atenção plena poderia ser cultivada através da prática formal de meditação (Bishop et al., 2004), outros discutem a atenção plena enquanto um traço individual. Nesse sentido, ela estaria relacionada a um padrão de consciência e atenção direcionadas às vivências internas e externas de cada sujeito (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003).

Esses pesquisadores discutem sobre a diferença entre o estado de atenção plena (*state mindfulness*), relacionada ao efeito gerado pelas práticas baseadas em atenção plena, e a atenção plena enquanto traço (*dispositional mindfulness*) (Baer, 2003; Brown et al., 2007). A atenção plena de estado é compreendida como uma reação direta e imediata a um treinamento/prática

da atenção plena sobre os níveis de *mindfulness* de um indivíduo, sendo entendida como um modo de consciência caracterizado pela atenção centrada nas experiências do presente, livre de preocupações (Rau & Williams, 2015). Em contrapartida, o tipo disposicional refere-se à atenção plena como um traço e reflete a propensão de um indivíduo a exibir tal consciência sobre as experiências do presente de forma habitual e espontânea em situações de sua vida cotidiana (Baer et al., 2006; Garland, 2007; Quaglia et al, 2015).

A partir dessa diferenciação, Baer et al. (2004) discutem que os efeitos da atenção plena de traço e de estado seriam distintos entre si. Os autores defendem que, em comparação com o traço de atenção plena, a atenção plena de estado estaria sujeita a maiores flutuações, bem como a maiores interferências de outras questões relacionadas às vivências dos sujeitos. Por outro lado, o traço de atenção plena, por se referir a tendências inatas ou ser representada como um traço individual cultivado a partir de um histórico de práticas de determinado indivíduo, seria mais estável, com potencial de afetar o repertório comportamental e cognitivo do sujeito ao longo do tempo.

Ainda que os estudos sobre atenção plena tenham recebido maiores investimentos nos últimos tempos, pouco se sabe sobre como o traço de atenção plena opera nos sistemas humanos. Em contraste com o estado de atenção plena, que pode ser induzido, treinado ou medido imediatamente após uma intervenção, o traço de atenção plena opera como o resultado de fatores relacionados ao estilo de vida e à visão de mundo de um sujeito, que podem ser variáveis ao longo do tempo. Todavia, mesmo que os meandros desse campo ainda estejam emergindo na literatura científica, sabe-se que o traço de atenção plena pode servir como uma característica individual protetora à saúde mental das pessoas, repercutindo diretamente na manutenção da qualidade de vida da população (Atanes et al., 2015; Brown & Ryan, 2003).

Na revisão da literatura realizada por Tomlinson et al. (2018) acerca da relação entre o traço de atenção plena (*dispositional mindfulness*) e a psicologia da saúde, foi observado que

dentre os 93 artigos revisados, a maior parte refletia sobre o impacto positivo do *dispositional mindfulness* na redução de sintomas psicopatológicos, bem como o seu potencial efeito mediador sobre os processos cognitivos e emocionais.

Nessa direção, estudos demonstram que o traço de atenção plena pode resultar em uma variedade de consequências positivas para a vida psicológica dos indivíduos (Keng et al., 2011; Tomlinson et al., 2018). No estudo de Smith et al. (2011) foi observada uma associação negativa entre o traço de atenção plena e sintomas psicopatológicos. Nesse sentido, os participantes com maiores níveis de *dispositional mindfulness*, tinham uma menor probabilidade de desenvolver sintomas relacionados ao estresse pós-traumático, à depressão, ou a problemas com o álcool em casos de exposição a situações de trauma ou estresse.

Ademais, pesquisas têm demonstrado a existência de relações positivas entre o traço de atenção plena e o bem-estar psicológico (Bajaj et al., 2016), assim como relações negativas entre esse construto e o estresse (Brown et al., 2012). Especificamente, os trabalhos revelam que quanto maiores os níveis do traço de atenção plena de um indivíduo, maior a probabilidade de desenvolvimento de bem-estar psicológico, como também menores são as chances de vivenciar sintomas de estresse.

Outrossim, alguns estudos também atestam que o traço de atenção plena esteve positivamente correlacionado com traços de personalidade ligados à abertura à experiência, à inteligência emocional, bem como ao bem-estar psicológico, estando negativamente correlacionado a sintomas psíquicos como ruminação e ansiedade social (Baer et al., 2008).

Nesse contexto, cita-se ainda que o traço de atenção plena está associado com o melhor funcionamento das funções executivas da cognição (Gallant, 2016), de modo que quanto maiores os níveis do traço de atenção plena, maiores os níveis de flexibilidade cognitiva (a capacidade de mudança de pensamento/raciocínio frente a determinados estímulos).

Por fim, no cenário internacional diferentes estudos têm demonstrado o efeito positivo do traço de atenção plena na redução da ansiedade. De modo geral, as pesquisas demonstram que o traço de atenção plena está negativamente associado aos sintomas ansiosos, à ansiedade de estado e de traço, assim como à ansiedade social (Fisak & Von Lehe, 2012; Hou et al., 2015; Mahoney et al., 2015; Rasmussen & Pidgeon 2011; Walsh et al., 2009).

No tocante ao contexto brasileiro, tem-se que os estudos se pautam em sua grande maioria na relação entre o estado de atenção plena, com base nas práticas em *mindfulness*, e os níveis de ansiedade, sendo escassa a ocorrência de estudos que elenquem a atenção plena enquanto traço (Pinho et al., 2020). Nesse sentido, esses dados norteiam a hipótese geral do presente estudo, com vistas a se observar uma possível correlação negativa entre o traço de atenção plena e os sintomas de ansiedade da população geral brasileira.

Quanto à avaliação da atenção plena, evidencia-se que ela pode ocorrer de modo unifatorial (estado ou traço de *mindfulness*) ou multifatorial (facetadas da *mindfulness*). No modelo unifatorial, a atenção plena é medida de modo que sejam observados os níveis de *mindfulness* de determinado sujeito a partir de um continuum que vai de baixa a alta atenção plena. No modelo multifatorial, a capacidade de *mindfulness* de um indivíduo é avaliada a partir de diferentes componentes/facetadas relacionados a esse construto (Baer, 2019).

Existem diferentes instrumentos de mensuração dos níveis de atenção plena de estado e de traço dos indivíduos, organizados de modo unifatorial ou multifatorial. Com a finalidade de mensurar a atenção plena de estado, um dos instrumentos mais utilizados ao redor do mundo é o *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006).

A FFMQ é uma escala psicométrica composta por 39 itens medidos no formato Likert, que visa avaliar as cinco facetadas da *mindfulness*, nomeadamente: agir com consciência (focando a atenção na atividade atual), não julgar a experiência interior (experimentar pensamentos/sentimentos sem julgá-los ou criticar a si mesmo), não reatividade à experiência

interior (permitir que pensamentos/sentimentos venham e desapareçam sem reagir/ficar preso neles), descrição da experiência (rotulagem das experiências com palavras) e observação (percepção das experiências internas/externas). Os participantes classificam as suas respostas às declarações relativas às cinco facetas em uma escala que varia de 0 (nunca ou raramente verdadeiros) a 5 (muitas vezes ou sempre verdadeiros). Ao final, faz-se o somatório geral dos escores, de modo que quanto maior a pontuação, maior o nível de atenção plena de estado de um indivíduo. No Brasil, o instrumento foi adaptado por Barros et al. (2014), tendo apresentado bons índices de validade e precisão.

Com relação à avaliação da atenção plena de traço, tem-se o instrumento *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003). A MAAS é um instrumento que mede a tendência de uma pessoa estar atenta e consciente à experiência de seu cotidiano, utilizando uma escala de resposta do tipo Likert de 6 pontos (1 = quase sempre; 6 = quase nunca). Os 15 itens propostos refletem situações cotidianas vivenciadas por pessoas em geral (por exemplo, “Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção”; “Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo”), de modo a avaliar o quanto uma pessoa apresenta atenção plena no cotidiano de sua vida. Ao contrário da FFMQ, a MAAS mede a atenção plena em termos de uma única dimensão relacionada ao axioma da atenção (Brown et al., 2015). A avaliação do nível do traço de atenção plena pode ser realizada através do cálculo dos escores obtidos na MAAS, de modo que quanto maior a pontuação, maior a atenção plena de traço de um indivíduo.

De acordo com o estudo de Rau e Williams (2015), esse instrumento tem sido conceituado como a medida unidimensional mais utilizada para a avaliação da atenção plena de traço. A MAAS foi adaptada para o contexto brasileiro por Barros et al. (2015), apresentando índices psicométricos adequados para a sua avaliação. No presente estudo, o uso da MAAS

colaborou na investigação do construto da atenção plena de traço de forma mais parcimoniosa e fidedigna.

## 2.2 Ansiedade

A ansiedade vem sendo descrita como parte da vivência humana e estudada desde a Antiguidade Clássica. A sua fenomenologia, em geral, compreende a ocorrência de sintomas psíquicos – preocupação excessiva, dificuldade de concentração, insônia, incapacidade de relaxar – e físicos – tensão muscular, dificuldade para respirar, palpitação, boca seca, náusea, desconforto abdominal, tremores no corpo, tontura. (Oyebod, 2018).

Ao longo da História, diversos conceitos similares vêm sendo utilizados na investigação dessa vivência afetiva, destacando-se os constructos da ansiedade, da angústia e do medo (Crocq, 2015).

A priori, tem-se que o termo ansiedade deriva do latim *anxietas*, que significa preocupar. Dessa forma, esse constructo estaria mais inclinado ao entendimento da preocupação excessiva e da apreensão negativa, relacionando-se aos aspectos psíquicos dessa vivência afetiva. Conquanto isso, a angústia, vocábulo derivado do latim *angustiare*, cujo significado é estreitar, estaria mais relacionado às descrições das sensações físicas, como mal-estar físico e sensação de opressão torácica (MacLehose, 2020). Nesse diapasão, há também a possibilidade da distinção entre a ansiedade e o medo. Enquanto aquela seria mais estável no tempo e não direcionada a um objeto, o medo seria uma emoção concentrada e direcionada a um objeto específico, flutuando de acordo com o nível de exposição ao mesmo (Davis et al., 2010).

Visualizando-se a relevância dessa temática, a ansiedade se tornou objeto de investigação para diversos estudiosos, o que enseja um breve apanhado histórico acerca da sua compreensão.

Inicialmente, destacam-se na cultura greco-latina as citações ao tema no *Corpus Hippocraticum*, relevante coletânea de textos médicos escritos entre 460 a.C a 370 d.C., atribuídas a Hipócrates e a seus discípulos, dentre as quais é descrita a seguinte passagem: “A afecção de Nicanor, quando ia a uma bebedeira era o medo da flautista. Sempre que ele ouvia o som da flauta tocar, o terror se erguia. Ele disse que mal conseguia suportá-lo a noite, mas se ele o ouvisse durante o dia, não se afetava. Esses sintomas persistiram por um longo período.” (Hippocrates, 1994, pp. 4-7).

Mais adiante, já no contexto da Era Moderna, pode-se citar de forma bastante relevante a obra de Boissier de Sauvages de Lacroix que, no século XVIII, publicou a primeira significativa nosologia médica francesa, na qual se encontra a Panofobia como entidade nosológica relacionada à ansiedade, sendo descritos os quadros de ansiedade considerados patológicos. (Sauvages, 1772).

No tocante à Idade Contemporânea, considera-se que houve uma grande evolução na investigação sobre a ansiedade. Nesse contexto, em 1869, George Miller Beard descreveu a neurastenia como uma condição que apresentava múltiplos sintomas, envolvendo mal-estar geral, dores nelvrágicas, hipocondria, sintomas de ansiedade e depressão crônica (Zorzanelli, 2010).

Por fim, após milênios de investigações e visualizando-se o momento histórico atual, chegou-se ao entendimento de que a ansiedade é uma vivência afetiva universal e normal, de caráter protetivo, sendo considerada uma resposta necessária e adaptativa do organismo ao estresse, que visa a prepará-lo para o enfrentamento ou fuga de situações potencialmente ameaçadoras. Nesse sentido, a ansiedade proporcional a um estímulo, que elicit a o grau de excitação necessário para que o indivíduo sobreviva ou desempenhe a contento determinada atividade, sem sofrimento excessivo, pode ser dita fisiológica (Oyebod, 2018).

Em contraponto, a ansiedade pode se apresentar com um caráter excessivo ou persistente, com uma característica desadaptativa, cursando com sofrimento e prejuízo ao indivíduo nos âmbitos pessoal, familiar, laboral, acadêmico e/ou social, bem como em outras áreas de sua vida. Nesse cenário, pode se haver a ocorrência do transtorno de ansiedade (APA, 2013).

Múltiplos fatores podem ser protetivos ou contributivos para a ocorrência da ansiedade patológica. Nesse sentido, cita-se como potenciais fatores de proteção: a prática de atividade física, o bom suporte social e o *coping*, que tem sido descrito na literatura como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Zimmermann et al., 2020). Ademais, elenca-se que o traço de atenção plena vem sendo investigado e demonstrado como possível fator de proteção para a ocorrência de transtorno de ansiedade, conforme já citado nessa seção (Mahoney et al., 2015).

Em contraste, múltiplos elementos são evidenciados como potencialmente contributivos na gênese dos transtornos de ansiedade. Dentre eles, entende-se que os fatores ambientais, genéticos e neurobiológicos podem interagir entre si e culminar com o seu desenvolvimento (Dalgarrondo, 2019; Oyebod, 2018).

No que se refere aos fatores ambientais, o estilo parental pode ser crítico no desenvolvimento de transtorno de ansiedade. Dessa forma, tem-se que pais ansiosos, superprotetores, que fornecem pouca autonomia para o amadurecimento dos filhos e que são extremamente críticos podem contribuir para o desenvolvimento de indivíduos acometidos por ansiedade patológica (Asselman et al., 2015). Ademais, a ocorrência de situações adversas na infância, tais quais maus tratos, negligência ou abuso parental, também podem se relacionar com o desenvolvimento de transtorno de ansiedade com características de fobia social (Kuo et al., 2011).

No que remonta aos fatores genéticos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito estão implicados na perpetuação do transtorno de ansiedade ao longo de gerações. Dessa feita, entende-se que filhos de pais diagnosticados com transtorno de ansiedade possuem maior predisposição para desenvolver quadro semelhante do que a população em geral (Black et al., 2003; Hettema et al., 2001; Merikangas et al., 2003).

Outrossim, as disfunções neuroendócrinas, de neurotransmissores e neuroanatômicas são cruciais no tocante aos aspectos neurobiológicos. Nessa direção, destaca-se o papel central da amígdala e suas conexões anatômicas, que a torna capaz de determinar o tipo de resposta ao medo em determinada situação, através da integração de informações cognitivas e sensoriais (Martin et al., 2009).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os transtornos de ansiedade compreendem um grupo heterogêneo de alterações comportamentais que compartilham a ansiedade e o medo excessivos e/ou persistentes como núcleo de suas estruturas. Nesse sentido, há uma gama de condições com características clínicas, critérios diagnósticos, tratamentos propostos e prognósticos díspares, mas condensadas nessa categoria pela presença central do medo e da ansiedade (American Psychiatric Association, 2013).

Desse modo, levando-se em consideração as diferenças diagnósticas dessas condições, o DSM-V classifica os transtornos de ansiedade em:

- Transtorno de ansiedade de separação;
- Mutismo seletivo;
- Fobia específica;
- Transtorno de ansiedade social (fobia social);
- Transtorno de pânico;

- Agorafobia;
- Transtorno de Ansiedade Generalizada;
- Transtorno de ansiedade induzido por Substância/Medicamento.

Acerca dos aspectos epidemiológicos, segundo dados da Organização Mundial de Saúde que remontam a um período pré-pandemia por Coronavírus-19, no ano de 2017 havia uma prevalência estimada de cerca de 3,6% da população mundial convivendo com transtornos de ansiedade, o que equivaleria a 264 milhões de pessoas. Naquele momento, estimou-se que cerca de 4,6% das pessoas do sexo feminino e 2,6% do sexo masculino conviviam com o transtorno. Em termos nacionais, o Brasil apresentava uma prevalência estimada de cerca de 9,3%, com um total de aproximadamente 18 milhões de pessoas com o diagnóstico, sendo, naquele momento, a população que apresentou a maior taxa de prevalência de transtornos ansiosos no mundo (WHO, 2017). Segundo *COVID-19 Mental Disorders Collaborators* (2021), estudo que avaliou prevalência de transtornos de ansiedade em 204 países e territórios do mundo, evidenciou-se um aumento da estimativa de transtornos de ansiedade para 4,8% da população, o que equivaleria a 374 milhões de pessoas. De acordo com Silva (2021), estudo avaliando indivíduos acometidos por Covid-19 em população brasileira, demonstrou-se prevalência de sintomatologia ansiosa moderada em 42,9% e severa em 32,3% dos participantes. Outrossim, dados de importantes estudos revelam que os transtornos de ansiedade são os transtornos mentais mais comuns e que afetarão cerca de 30% das pessoas em algum momento de suas vidas (Kessler et al., 2005a, 2005b; Martin-Merino et al., 2010; Somers et al., 2006; Viana & Andrade, 2012).

No tocante à avaliação da extensão dos sintomas ansiosos nos indivíduos, pode-se utilizar diferentes ferramentas, a exemplo das escalas de mensuração. Um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica e de pesquisa é o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI – *Beck Anxiety Inventory*; Beck et al., 1988), que possui excelentes características psicométricas,

sendo bem aceito por profissionais de saúde mental no Brasil e no mundo. Na avaliação dos sintomas de ansiedade, os sujeitos são convidados a relatar como se sentiram nos últimos sete dias tomando como referência uma lista de assertivas nas quais assinalam o quanto concordam ter se sentido da forma representada em seu cotidiano. Para cada opção de resposta, há uma pontuação específica, de modo que ao final da avaliação são calculadas as pontuações de cada respondente, com vistas a observar o nível de ansiedade do sujeito, podendo resultar ansiedade mínima, leve, moderada ou severa.

Graus mínimos e leve de ansiedade podem ser considerados como adaptativos, pois auxiliam as pessoas a prepararem, praticarem e planejarem algo, levando à evitação de riscos ou perigos, por exemplo. Todavia, níveis severos de ansiedade de um indivíduo, aliado com sua história clínica e pessoal, podem estar relacionados a um quadro de ansiedade patológica (American Psychiatric Association, 2013).

No panorama histórico atual, os tratamentos de primeira linha para os transtornos de ansiedade são a psicoterapia e o farmacológico, podendo envolver o uso de antidepressivos e benzodiazepínicos – esses últimos, em geral, na função de adjuvantes (Bandelow & Michaelis, 2015; Roshanaei-Moghaddam et al., 2011). Ademais, cita-se no cenário mundial a progressiva relevância que as intervenções baseadas em *mindfulness* vêm tendo no contexto do tratamento dos transtornos de ansiedade (Hofmann & Gómez, 2017).

### **3. PROBLEMA DE PESQUISA E HIPÓTESES**

---

#### **3.1 Problema de Pesquisa**

O nível do traço atenção plena da população geral brasileira está correlacionado com os sintomas de ansiedade?

#### **3.2 Hipóteses**

Hipótese 1: Haverá um menor nível de sintomas ansiosos em indivíduos com nível de traço de atenção plena mais elevado.

Hipótese 2: Haverá uma correlação negativa entre o traço de atenção plena e os sintomas ansiosos.

## 4. OBJETIVOS

---

### 4.1 Objetivo Geral

Realizar um estudo de correlação entre o nível do traço de atenção plena e os sintomas ansiosos em uma amostra da população geral brasileira.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre ansiedade, traço de atenção plena e os efeitos desses construtos na saúde mental dos indivíduos com vistas a trazer embasamento teórico para essa pesquisa;
- Avaliar o nível do traço de atenção plena dos indivíduos através da escala MAAS – *Mindfulness Awareness and Attention Scale*;
- Avaliar o nível de sintomas ansiosos dos indivíduos através da escala BAI – *Beck Anxiety Inventory*;
- Correlacionar os sintomas ansiosos e o nível do traço de atenção plena, decorrentes dos escores dos participantes obtidos nas escalas.
- Discutir esses resultados encontrados com a literatura consultada.

## 5. MÉTODO

---

### 5.1 Delineamento

Trata-se de um estudo correlacional, de análise transversal, do tipo descritivo e analítico.

### 5.2 Local da Pesquisa

Diante das limitações sanitárias e sociais impostas pela pandemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), dentre elas a impossibilidade de se realizar coleta presencial, a pesquisa ocorreu de modo online, viabilizada por meio do aplicativo *Google Forms*.

### 5.3 Amostra

A amostra deste estudo foi do tipo não-probabilística (i.e., sem estratificação), do tipo por conveniência (i.e., solicitação de participação voluntária de pessoas da população geral brasileira por meio de convites feitos em redes sociais da internet). A estimativa do tamanho da amostra foi feita no programa WebPower (Zhang & Yuan, 2018). Utilizou-se na análise de poder, o tipo “a priori”, baseado no teste estatístico para medidas regressão linear, com tamanho de efeito esperado de 0,50 (mediano), com significância de 0,05 e poder de teste de 0,80. O resultado do teste demonstrou a necessidade mínima de 62 participantes para comporem a amostra deste estudo.

#### 5.3.1 Critérios de Inclusão

- Participantes oriundos da população geral brasileira;
- Ser maior de 18 anos de idade;
- Ser proficiente na Língua Portuguesa

### **5.3.2 Critérios de Exclusão**

- Ter recebido diagnóstico de transtorno psiquiátrico;
- Fazer uso de psicofármaco;
- Estar em acompanhamento psicológico;
- Não concordar em participar do estudo, não assinando digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **5.3.3 Participantes**

Responderam o formulário 394 pessoas oriundas da população geral brasileira. Ao serem considerados os critérios de inclusão/exclusão, 258 participações foram desconsideradas, pelo critério de não ter assinado digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (n = 1), por ser menor de 18 anos (n = 1), por já ter recebido diagnóstico psiquiátrico (n = 182), por fazer uso de psicofármacos (n = 153) e/ou pelo critério de estar em acompanhamento psicológico (n = 179). Desse modo, a amostra final do estudo foi composta por 136 participantes.

## **5.4 Instrumentos**

### **5.4.1 Questionário Sociodemográfico (Apêndice A)**

Os participantes responderam questionário sociodemográfico adaptado para se adequar às características da amostra, com questões sobre estado civil, escolaridade, idade, convênio, renda familiar e moradia, bem como avaliação de comorbidades, história psiquiátrica e uso de psicofármacos prévios.

#### **5.4.2 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; Beck et al., 1988)**

É composto por 21 itens, que são declarações descritivas dos sintomas de ansiedade que os participantes devem avaliar com referência a si mesmos, em uma escala do tipo Likert de 4 pontos, em relação a como tem se sentido nos últimos 7 (sete) dias. A faixa possível de escores totais varia de 0 a 63. O instrumento foi adaptado para o Brasil por Cunha (2001), sendo encontrados os seguintes valores de referência da sintomatologia ansiosa: de 0 a 7 pontos (ansiedade mínima); de 8 a 15 pontos (ansiedade leve); de 16 a 26 pontos (ansiedade moderada) e, maior que 26 pontos (ansiedade severa) (Beck et al., 1988; Cunha, 2001). Neste estudo, o instrumento (Anexo A) apresentou valor adequado de consistência interna ( $\alpha = 0,76$ ).

#### **5.4.3 Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS; Brown & Ryan, 2003)**

Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 15 itens, que tem por objetivo avaliar a atenção voltada para a consciência do momento presente. Foi desenvolvido por Brown e Ryan (2003) com vistas a avaliar, exclusivamente, o aspecto atencional da atenção plena de traço. No Brasil, a MAAS foi adaptada por Barros et al. (2015), tendo sido observado bons índices psicométricos de validade e precisão da medida. Para responderem o instrumento, os participantes devem indicar o quanto têm experimentado o que está descrito em cada uma das afirmativas, usando uma escala de resposta do tipo Likert de seis pontos, que varia de 1 (quase sempre) a 6 (quase nunca). Quanto maiores os escores, maior é o nível do traço de atenção plena. Neste estudo, a escala (Anexo B) apresentou elevado índice de consistência interna ( $\alpha = 0,89$ ).

### **5.5 Procedimentos**

A pesquisa foi desenvolvida por meio de um formulário estruturado na plataforma online *Google Forms*, na qual constavam o Questionário Sociodemográfico, a BAI e a MAAS.

Antes de iniciar a pesquisa propriamente dita, foi realizada uma breve explanação sobre os objetivos do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante. Neste termo, foi solicitada a assinatura digital do participante através de uma questão de múltipla escolha composta por duas opções: Opção 1 – Concordo e aceito participar (assinatura favorável à participação no estudo) e Opção 2 – Não concordo e não aceito participar (recusa na assinatura digital no TCLE). Apenas os sujeitos que consentiram com a participação (i.e., marcarem a Opção 1 no TCLE) tiveram acesso ao conjunto de questões que formaram o estudo. Aqueles que assinalarem a Opção 2 foram imediatamente guiados para a página de submissão do formulário (página final do estudo, evitando a participação desses indivíduos no estudo). O convite para a participação no estudo foi feito mediante postagens em redes sociais online, tais como Instagram, WhatsApp e grupos de Facebook. Nessas postagens, era divulgado o link de acesso ao formulário online e as informações sobre os pesquisadores responsáveis pelo estudo. No geral, os participantes desprenderam aproximadamente 8 minutos para responderem o conjunto de perguntas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2021.

## **5.6 Aspectos Éticos**

O estudo foi desenvolvido somente após a aprovação do projeto de pesquisa e consequente emissão do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo nº 49378021.5.0000.5188 (Anexo C). O estudo foi conduzido de acordo com os preceitos éticos acerca de pesquisas envolvendo seres humanos dispostos nas Resoluções de nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo garantido o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, com possibilidade de desistência a qualquer momento durante a participação, sem qualquer ônus para o respondente.

A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, com possibilidade de sensibilização no tocante a possíveis questões acerca de domínios afetivos sensíveis. Nesse sentido, o presente estudo não apresentou outros riscos previsíveis, tendo em vista que focou apenas na aplicação de instrumentos psicométricos com vistas a levantar diferentes posicionamentos da população geral acerca de vivências de ansiedade e de atenção plena. Visando minimizar os referidos riscos, o autor deste estudo se colocou à disposição via e-mail para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou possíveis orientações.

Em relação aos benefícios, entende-se que o ato de responder aos instrumentos propostos tem o potencial de clarificar o nível do traço de atenção plena e dos sintomas ansiosos nos participantes, podendo propiciar a busca por uma vida com mais consciência, mais qualidade e com menos sintomas ansiosos.

### **5.7 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 24.0). Para os dados sociodemográficos foram utilizadas análises descritivas (cálculo de frequência, medianas, médias e desvios). Para os dados oriundos das escalas foram utilizadas estatísticas inferenciais (correlações e diferenças entre médias). Uma vez observada a distribuição normal dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk (dada o tamanho amostral ser  $n > 100$ ), priorizou-se o uso de estatísticas paramétricas (r de Pearson, teste t para amostras independentes e ANOVAs-Análises de Variância).

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

### 6.1 Análises Descritivas

Os participantes deste estudo apresentaram faixa etária entre 18 e 79 anos [Mediana = 33 (26-41);  $\bar{X}$  = 35,7; DP = 12,7], sendo majoritariamente do sexo feminino (72,1%), de estado civil solteiro (49,3%), e residentes com aproximadamente 3 pessoas no mesmo domicílio (DP = 1,2), nos Estados de São Paulo (25,7%), Paraíba (18,4%), Rio Grande do Sul (11,8%) e Pernambuco (11,0%). A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas da amostra.

**Tabela 1**

*Características sociodemográficas da amostra (n = 136) (frequência)*

Variáveis	f	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	98	72,1
Masculino	38	27,9
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	67	49,3
Casado(a)	59	43,4
Divorciado(a)	8	5,9
Viúvo(a)	2	1,5
<b>Região de Residência</b>		
Norte	3	2,2
Nordeste	53	39,0
Centro-Oeste	9	6,6
Sudeste	48	35,3
Sul	23	16,9

*Nota.* f = frequência; % = porcentagem relativa à variável.

A Tabela 2 apresenta as informações quanto ao grau de escolaridade, status de trabalho e vínculo estudantil dos participantes. De modo geral, os dados demonstram que a maior parte dos participantes possuíam graduação (32,4%) e especialização (22,1%), estavam trabalhando no período da coleta de dados (67,6%), e uma parcela estava regularmente matriculada em uma instituição de ensino (52,2%), enquanto outra relatou não estar estudando no momento da coleta de dados (47,8%).

**Tabela 2**

*Informações sobre escolaridade, status de trabalho e vínculo educacional da amostra (frequência)*

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	1	0,7
Ensino fundamental completo	3	2,2
Ensino médio	15	11,0
Graduação	44	32,4
Especialização	30	22,1
Mestrado	27	19,9
Doutorado	16	11,8
<b>Você está trabalhando atualmente?</b>		
Sim	92	67,6
Não	44	32,4
<b>Estudante regularmente matriculado em alguma instituição?</b>		
Sim	71	52,2
Não	65	47,8

*Nota.* f = frequência; % = porcentagem relativa à variável.

Ainda que mais da metade dos participantes tenham respondido estarem trabalhando no momento da coleta de dados (setembro a novembro de 2021), se faz importante lançar luz sobre

possíveis fatores que influenciavam uma parcela considerável do estudo (32,4%) a afirmarem não estar trabalhando nesse período. Especificamente, discute-se que a coleta de dados aconteceu durante a pandemia de COVID-19 (doença causada pelo novo Coronavírus – SARS-CoV-2), problemática que assolou diferentes grupos sociais espalhados ao redor do mundo, principalmente quanto à saúde e à economia (Tisdell, 2020). No Brasil, estima-se que os impactos sociais da COVID-19 tenham sido fortes o suficiente a ponto de alavancar os níveis de desemprego no país (DIEESE, 2020). Mesmo com as investidas políticas de manutenção da renda da população mais atingida por esse problema, percebeu-se no contexto brasileiro a precarização exacerbada das condições de trabalho de alguns setores, bem como o aumento crescente do trabalho informal, sendo esses os principais demarcadores do desemprego durante esse período (Costa, 2020). Logo, é possível que esse resultado esteja refletindo essa realidade vivenciada no país, sendo de extrema importância a reflexão sobre tal problemática, mesmo não sendo esse o objetivo do estudo.

Dentre as profissões elencadas pelos participantes, a maioria relatou atuar como professor (15,8%), médico (9,9%) e servidor público (4,1%), estando nessa função, em média, há aproximadamente 9,5 anos (DP = 9,3). Os participantes que relataram estar trabalhando no momento da pesquisa foram questionados sobre o grau de satisfação com o trabalho a partir de uma escala de resposta que variava de 0 (nenhuma satisfação) a 10 (muita satisfação). Considerando a mediana, o grau de satisfação dos participantes foi a nível 8 (percentis 25-75 = 6-9), estando acima da faixa média da escala ( $\bar{X} = 7,34$ ; DP = 2,2). Destarte, os respondentes estavam inclinados a demonstrar um elevado grau de satisfação com o trabalho que exerciam à época da pesquisa.

Acerca dessa temática, um trabalho recente conduzido por Silveira (2019) demonstrou que a maior parte dos brasileiros entrevistados em sua pesquisa apresentava uma alta satisfação com os seus empregos, alinhando-se aos resultados obtidos no presente estudo.

O autor discute que valores positivos de trabalho (por exemplo, a satisfação com o emprego) podem incentivar a manutenção da economia laboral, bem como auxiliam o desenvolvimento de bons indicadores de saúde psicológica dos trabalhadores. Ademais, em sua pesquisa, ele demonstra que uma parcela considerável dos entrevistados (82,3%) afirmou que indicaria o seu espaço de trabalho/companhia empregadora para familiares e amigos, o que endossava a alta satisfação com a ocupação laboral.

Em seguida, os participantes foram questionados sobre os seus aspectos de saúde, conforme apresentado na Tabela 3. Em linhas gerais, a maior parte dos participantes relatou não ter sido acometido(a) por COVID-19 (77,8%).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2022), o Brasil apresentava ao final de novembro de 2021 cerca de 22 milhões de casos confirmados acumulados de COVID-19, o que corresponderia a cerca de 10% da população acometida, o que contrasta com o possível acometimento de 22,1% da população do estudo. Esses dados nos direcionam a uma reflexão sobre a magnitude da subnotificação e os potenciais impactos da mesma na população geral brasileira, em consonância com o dissertado no trabalho de Prado et al. (2020).

Com relação à prática de exercícios físicos, metade da amostra (50,0%) relatou praticar atividade física, enquanto a outra metade afirmou não praticar exercícios físicos (50,0%). Dentre as atividades físicas praticadas, encontram-se caminhada (16,3%), musculação (15,5%), corrida (9,8%), pilates (8,1%), treino funcional (3,3%) e yoga (3,3%).

### **Tabela 3**

*Informações relacionadas à saúde da amostra (frequência)*

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Você foi acometido(a) por COVID-19?</b>		
Sim	29	21,3
Não	107	78,7

<b>Você pratica atividade física?</b>		
Sim	68	50,0
Não	68	50,0

Nota. f = frequência; % = porcentagem relativa à variável.

Dentre aqueles que afirmaram realizar atividade física, o tempo de prática seria de, em média, 185 minutos por semana (DP = 132,45). Nesse cenário, indagou-se a esse grupo qual seria o impacto da prática de atividade física em sua qualidade de vida, cuja resposta era dada em uma escala que variava de 0 (nenhum impacto) a 10 (alto impacto). Considerando a mediana, a percepção dos participantes sobre o impacto da atividade física na qualidade de vida foi a nível 10, estando próximo do polo superior da escala de resposta ( $\bar{X} = 9,02$ ; DP = 1,35).

No tocante a essa dimensão, o resultado do estudo foi bastante similar ao trabalho promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que concluiu que cerca de 27% da população mundial e 47% da brasileira não realizava atividade física suficiente, ou seja, não realizava pelo menos 75 minutos de atividade física vigorosa ou 150 minutos de atividade física moderada por semana. Ademais, o trabalho promovido pela OMS destaca que a atividade física tem significativa relevância na saúde física, mental e na qualidade de vida, alinhando-se à percepção dos participantes do presente estudo no tocante ao grande impacto que a prática de atividade física teria na manutenção da qualidade de vida (Guthold et al., 2018).

Por conseguinte, os resultados da presente pesquisa alinhados aos dados encontrados nesse relevante estudo da OMS fortalecem a importância de se investir em políticas públicas direcionadas ao fomento à prática de atividade física, sendo essa uma das implicações práticas do presente estudo para a população geral brasileira.

Em seguida, os participantes foram questionados: “Em uma escala de 0 a 10, qual o seu nível de conhecimento sobre *Mindfulness* - Atenção Plena?”, cuja mediana foi de 2 (percentis 25-75 = 0 – 6). Isso significa dizer que, considerando a variação da escala de 0 a 10, a pontuação

da maioria dos participantes esteve abaixo do ponto médio da escala de resposta ( $\bar{X} = 3,67$ ; DP = 3,35).

Frente aos dados obtidos, visualizou-se que a maior parte dos participantes relatou apresentar baixo nível de conhecimento sobre atenção plena/*mindfulness*. Com vistas a levantar maiores informações sobre o conhecimento dos participantes sobre *mindfulness*, foi perguntado se já haviam assistido a algum curso de *mindfulness*/atenção plena. No geral, a maioria dos participantes afirmou não ter assistido a qualquer curso sobre o tema (89%). Para aqueles que responderam já ter assistido (11%), foi questionado sobre a quantidade de horas do(s) curso(s) de *mindfulness* aos quais haviam assistido, resultando na média de 15,9 (DP = 26,5) horas de cursos assistidos pelos participantes.

Acerca desses resultados, faz-se necessário refletir sobre o baixo nível de conhecimento da população geral brasileira acerca do *mindfulness*/atenção plena. Como abordado por Hirayama et al. (2014), esse tema ainda é pouco compreendido tanto pela comunidade geral como pelos acadêmicos brasileiros. Para a autora, mesmo com a dedicação de profissionais de diferentes áreas em intervenções centradas na atenção plena, um dos fatores contributivos para o baixo nível de conhecimento sobre a temática é a falta de uma tradução consensual para o termo “*mindfulness*”, sendo utilizadas diferentes expressões no Brasil para se referir a esse construto. Em seu trabalho, a autora cita que a tradução da palavra inglesa “*mindfulness*”, vem sendo traduzida para a língua portuguesa por meio das expressões “mente alerta”, “consciência plena”, “observação vigilante” e “atenção plena”, proporcionando um entendimento heterogêneo sobre a temática.

Em seguida, os participantes foram questionados sobre a prática de meditação. No geral, a maioria relatou não praticar meditação (81,6%). Dentre aqueles que afirmaram praticar meditação (18,4%), a maioria referiu realizar essa prática no contexto da *mindfulness*/atenção

plena (58,3%), por aproximadamente 95,4 minutos/semana (DP = 97,8 minutos) há cerca de 3 anos (DP = 3,9).

Ao afirmarem que pouco conhecem sobre atenção plena e que não praticam meditação, é provável que os recursos decorrentes do *mindfulness* não encontrem espaços para desenvolvimento na população geral brasileira, dado os resultados observados na amostra.

Em consonância ao discutido anteriormente, Azevedo (2020), ao tecer sua dissertação de mestrado, discorre sobre a baixa adesão da população às práticas de meditação, bem como sinaliza que a falta de conhecimento sobre atenção plena/*mindfulness* também ocorre entre os profissionais de saúde mental, a exemplo de psicólogos. Na análise realizada pela autora acerca da percepção desses profissionais sobre *mindfulness*/atenção plena, uma parcela considerável de psicólogos demonstrou não conhecer as práticas ou intervenções em *mindfulness*. Ela discute que essa falta de conhecimento pode estar sinalizando que essa técnica tem sido subutilizada pelos profissionais, o que pode estar sendo refletido também nos resultados aqui encontrados.

Questionou-se, então, ao grupo de meditadores qual o impacto que a prática de meditação teria em sua qualidade de vida, cuja resposta era dada em uma escala que variava de 0 (nenhum impacto) a 10 (alto impacto). Considerando a mediana, a percepção dos participantes sobre o impacto da meditação em sua qualidade de vida foi a nível 8, estando essa pontuação próxima do polo superior da escala de resposta ( $\bar{X} = 8,1$ ; DP = 1,5). Destarte, destaca-se a percepção dos respondentes no tocante ao grande impacto da prática da meditação na qualidade de vida.

Esses dados se alinham ao estudo de Tsui & Lee (2020), que observou uma relação positiva entre a prática diária de meditação em monges budistas chineses e uma melhor qualidade de vida. Ademais, esse trabalho concluiu que o histórico de anos de prática e a quantidade de minutos diários investidos na atividade meditativa se relacionavam diretamente a uma melhor saúde mental dos participantes.

## 6.2 Correlações

Antes de prosseguir com as análises de correlações, foi observado se os dados das variáveis de interesse apresentavam distribuição normal. O teste de Shapiro-Wilk demonstrou que os escores das variáveis ordinais (e.g., escores das escalas MAAS e de ansiedade de Beck) e intervalares (e.g., idade) apresentaram distribuição normal. Com base nesse resultado, foi utilizada uma estatística paramétrica (r de Pearson) para a análise de correlações (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Matriz de correlações entre as variáveis (r de Pearson)*

	MAAS	BAI	Idade	Satisfação Laboral	NCAP
MAAS	1				
BAI	-0,481***	1			
Idade	0,236**	-0,355***	1		
Satisfação Laboral	0,418***	-0,309**	0,339**	1	
NCAP	0,015	-0,196*	0,154	0,169	1

*Nota.* MAAS = *Mindfulness Awareness and Attention Scale* (versão adaptada PT-BR); BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; NCAP = nível de conhecimento sobre *mindfulness*/atenção plena. \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ .

A partir da análise da Tabela 4, observa-se que os escores da escala MAAS se correlacionou de modo negativo, com magnitude moderada, e estatisticamente significativa com os escores da escala BAI ( $r = -0,481$ ;  $p < 0,001$ ). Esse resultado demonstra que, considerando as particularidades da amostra (maiores de 18 anos, sem diagnóstico psiquiátrico, sem uso de psicofármacos e sem acompanhamento psicológico), quanto maior o nível de atenção plena disposicional de uma pessoa, menores foram os seus níveis de sintomatologia ansiosa (vice-versa).

Diferentes estudos apontam o papel efetivo da atenção plena sobre a sintomatologia ansiosa. Na revisão realizada por Rodrigues et al. (2017) foi observado que o *mindfulness* auxilia na

redução da sintomatologia ansiosa e da depressiva, aumentando o bem-estar de pessoas de diferentes faixas etárias e condições clínicas, incluindo pacientes com transtornos psiquiátricos (por exemplo, de humor e de ansiedade).

Nessa mesma direção, discute-se que o *mindfulness* disposicional está associada ao desenvolvimento de estágios de autoaceitação, acarretando uma maior regulação emocional e uma diminuição de pensamentos invasivos, ruminação, bem como da sintomatologia depressiva e ansiosa (Eyles et al., 2015; Hofmann et al., 2010).

Ademais, os escores da escala MAAS apresentou correlação fraca com a idade ( $r = 0,236$ ;  $p = 0,007$ ) e regular com o nível de satisfação laboral dos participantes ( $r = 0,418$ ;  $p < 0,001$ ), sendo ambas as relações estatisticamente significativas. Isso significa dizer que quanto maior era a idade dos participantes, maiores eram os níveis de atenção plena de traço dos participantes. Nessa mesma direção, para aqueles que responderam estar vinculados a uma atividade laboral, quanto maior o nível de atenção plena disposicional, maiores os seus níveis de satisfação com o trabalho.

O fato de a MAAS ter se relacionado positivamente com a idade dos participantes, ainda que de modo fraco, mas estatisticamente significativo, corrobora diferentes estudos que demonstram o papel protetivo da atenção plena de traço sobre as consequências psicossociais do envelhecimento humano (Frias & Whyne, 2015; Imel & Dautovich, 2018; Raes et al., 2015). Alguns estudos recentes têm demonstrado que adultos de idade mais avançada (60 anos ou mais) tendem a apresentar maiores níveis de *mindfulness* disposicional do que jovens adultos (Hohaus & Spark, 2013; Mahoney et al., 2015).

Acerca da relação entre *mindfulness* e satisfação laboral, os estudos de Hülshager et al. (2013) demonstram o papel protetivo da atenção plena na regulação/exaustão emocional e no estresse no trabalho, de modo que quanto maior o nível de *mindfulness* de uma pessoa, maior é a probabilidade de apresentar índices elevados de satisfação com o trabalho. Ainda, no estudo

publicado por Ramaci et al. (2020), foi verificado o papel moderador do traço de atenção plena sobre a satisfação com o trabalho, de modo que quanto maior era o nível atencional de enfermeiras que trabalhavam em um hospital italiano, menor era a probabilidade de apresentarem insatisfação com o trabalho (ou, inversamente, quanto maior o nível de traço de atenção plena, maior a satisfação com o trabalho). Na presente pesquisa, a correlação positiva encontrada entre as duas variáveis repercute essa associação, de modo a corroborar os estudos produzidos sobre a temática, contribuindo com dados referentes à realidade brasileira (Conversano et al., 2020; Lee et al., 2019; McNall et al., 2021)

Com relação aos escores da escala BAI, foram observadas correlações negativas, de magnitude moderada e estatisticamente significativas entre essa variável e a idade dos participantes ( $r = -0,355$ ;  $p < 0,001$ ), bem como com a satisfação laboral dos que relataram possuir vínculo empregatício ( $r = -0,309$ ;  $p = 0,003$ ). Esses resultados demonstram que quanto maior a idade dos participantes, menores eram os seus níveis de ansiedade; em contrapartida, quanto maior a ansiedade, menores eram os níveis de satisfação laboral da amostra (vice-versa). Ademais, observou-se uma correlação positiva, regular e estatisticamente significativa entre idade e o nível de satisfação laboral dos participantes ( $r = 0,339$ ;  $p = 0,001$ ), de modo que quanto maior a idade dos participantes, maiores eram seus níveis de satisfação com o trabalho.

Os resultados ora apresentados encontram respaldos teóricos no campo de estudo sobre a ansiedade. Ao tomar como referência a população espanhola, Jorm (2000) revisou diferentes estudos epidemiológicos e observou uma associação negativa entre idade e ansiedade da população, em consonância ao encontrado neste estudo. O autor discutia, no início do século, que existiam evidências de que o envelhecimento poderia ser um fator intrínseco à redução da ansiedade humana, isto é, quanto maior a idade de uma pessoa, menores os níveis de ansiedade apresentados. Atualmente, diferentes estudos têm demonstrado essa relação, incitando tanto

outras variáveis psicológicas, como também fisiológicas nesse contexto (Byrne, 2002; O'Neill et al., 2022; Weiss Wiesel et al., 2015).

Nessa mesma direção, a ansiedade tem sido observada como um fator negativamente relacionado à satisfação laboral, de modo que quanto maiores os níveis de sintomatologia ansiosa de um indivíduo, menor é a probabilidade de ele desenvolver satisfação com o trabalho (Zalewska, 2011). No presente estudo, foi observada uma relação semelhante entre essas variáveis, ao se verificar que quanto maior a satisfação laboral dos participantes, menores eram os seus níveis de ansiedade. De acordo com trabalho de Keshabyan & Day (2020), a satisfação com o trabalho, pode estar relacionada ao desenvolvimento de emoções positivas, a exemplo do bem-estar psicológico e da regulação emocional, o que impactaria diretamente na diminuição dos níveis de ansiedade dos trabalhadores.

Além dessas relações bivariadas, outras possibilidades de correlações foram exploradas. Considerando os participantes que relataram praticar atividades físicas, foi observada uma relação positiva, regular e estatisticamente significativa entre a percepção de impacto da atividade física e da prática de meditação nos seus níveis de qualidade de vida ( $r = 0,571$ ;  $p = 0,026$ ). Isso demonstra que quanto mais as pessoas acreditam que a prática de atividade física contribui para a manutenção de sua qualidade, mais tendem a acreditar que a meditação também pode contribuir para esse fim.

Para aqueles que relataram praticar meditação, foram observadas correlações regulares entre a pontuação da escala MAAS com o tempo semanal de prática de meditação ( $r = 0,419$ ;  $p = 0,037$ ) e com o histórico de tempo de prática de meditação ( $r = 0,468$ ;  $p = 0,018$ ). De maneira geral, esses resultados sinalizam que quanto maior foi o tempo de prática semanal de meditação, maiores foram os níveis do traço de atenção plena dos participantes, assim como quanto mais extenso era o histórico de prática de meditação, maiores eram os níveis de *mindfulness* da amostra. Ademais, não foram observadas outras correlações entre as variáveis do estudo.

### 6.3 Diferenças Individuais

Acerca dos níveis de ansiedade da amostra obtidos a partir dos escores pontuados no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), a mediana da amostra foi igual a 18 (percentis 25-75 = 14-28) e a média 20,74 (DP = 9,91), de modo que a maior parte dos participantes apresentou grau de ansiedade leve (43,4%) e moderada (26,5%), como aponta a Tabela 5.

**Tabela 5**

*Níveis de ansiedade dos participantes de acordo a classificação da BAI (frequência)*

<b>Classificação</b> (Mediana = 18; Percentis 25-75 = 14-28)	<b>f</b>	<b>%</b>
Ansiedade Mínima (escores 0 a 10)	16	11,8
Ansiedade Leve (escores 11 a 19)	59	43,3
Ansiedade Moderada (escores 20 a 30)	36	26,5
Ansiedade Severa (escores 31 a 63)	25	18,4

*Nota.* f = frequência; % = porcentagem relativa à variável.

Em relação aos níveis do traço de atenção plena obtidos através a MAAS, considerando a escala de resposta que varia de 1 a 6 pontos, a média dos participantes foi de 3,64 (DP = 0,90) e a mediana 3,56 (percentis 25-75 = 2,93 – 4,38).

Após a observação dos níveis de ansiedade e do traço atenção plena da amostra, foram analisadas as relações entre ambas as medidas e as características sociodemográficas dos participantes. Considerando as variáveis nominais sexo, estado civil, região de residência, status estudantil e status de trabalho, prática de atividade física e de meditação, o teste de Shapiro-Wilk demonstrou que os escores das escalas MAAS e de ansiedade de Beck apresentaram distribuição normal dos dados. Diante disso, procedeu-se com as análises utilizando estatísticas paramétricas de análise de diferenças entre grupos (e.g., teste t para amostras independentes e ANOVA).

A Tabela 6 apresenta o sumário das diferenças individuais relativas à escala MAAS. Os resultados demonstraram não haver diferenças significativas nas pontuações dos participantes na escala MAAS em relação ao sexo [ $t(134) = -0,99$ ;  $p = 0,324$ ], ao estado civil [ $F(1,3) = 0,48$ ;  $p = 0,696$ ], à região de residência [ $F(1,4) = 0,81$ ;  $p = 0,519$ ], ao grau de escolaridade [ $F(1,6) = 0,83$ ;  $p = 0,544$ ], ao status de trabalho [ $t(134) = -1,01$ ;  $p = 0,313$ ] e ao status estudantil [ $t(134) = 0,32$ ;  $p = 0,747$ ].

Nessa mesma direção, como aponta a Tabela 6, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis do traço de atenção plena de participantes que praticam (vs. não praticam) atividades físicas [ $t(134) = -1,53$ ;  $p = 0,128$ ], bem como entre os que praticam e não praticam meditação [ $t(134) = -1,12$ ;  $p = 0,263$ ]. Não foram encontradas diferenças estatisticamente nas pontuações de participantes que foram acometidos vs. não foram acometidos por COVID-19 em relação aos escores obtidos na escala MAAS [ $t(134) = -0,62$ ;  $p = 0,530$ ].

**Tabela 6**

*Relação entre MAAS e variáveis sociodemográficas da amostra considerando a escala de resposta de 1 a 6 - teste t para amostras independentes e ANOVA*

Variáveis		Média	Mediana (25-75)	P
Sexo	Feminino	3,60	3,53 (2,87-4,27)	0,324
	Masculino	3,77	3,80 (3,20-4,53)	
Estado civil	Solteiro(a)	3,58	3,47 (2,87-4,27)	0,696
	Casado(a)	3,73	3,80 (3,13-4,47)	
	Divorciado(a)	3,54	3,50 (2,93-3,80)	
	Viúvo(a)	4,07	4,07 (3,47-4,67)	
Região de Residência	Norte	3,22	2,53	0,519

			(2,53-4,60)	
	Nordeste	3,57	3,60 (2,80-4,47)	
	Centro-Oeste	3,73	3,47 (3,00-4,60)	
	Sudeste	3,61	3,53 (3,20-4,13)	
	Sul	3,92	3,87 (3,20-4,80)	
Grau de Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	4,20	4,20 (4,20-4,20)*	0,544
	Ensino fundamental completo	3,89	3,53 (3,40-4,73)	
	Ensino médio	3,36	3,20 (2,60-3,93)	
	Graduação	3,53	3,43 (2,87-4,10)	
	Especialização	3,63	3,67 (2,93-4,33)	
	Mestrado	3,83	3,60 (3,20-4,80)	
	Doutorado	3,88	3,83 (3,50-4,50)	
Você trabalha atualmente?	Não	3,53	3,50 (2,87-4,10)	0,313
	Sim	3,70	3,63 (3,00-4,43)	
Estudante matriculado em alguma instituição?	Não	3,67	3,60 (3,20-4,27)	0,747
	Sim	3,62	3,53 (2,87-4,47)	

Nota. \* = caso único (n = 1).

### Tabela 7

*Pontuações da MAAS e aspectos de saúde da amostra considerando a escala de resposta de 1 a 6 - teste t para amostras independentes*

Variáveis		Média	Mediana	P
Você pratica atividade física?	Não	3,53	3,47 (2,83-4,10)	0,128
	Sim	3,77	3,80 (3,20-4,57)	
Você pratica meditação?	Não	3,61	3,53 (2,87-4,40)	0,263
	Sim	3,83	3,80 (3,40-4,27)	
Você foi acometido(a) por COVID-19?	Não	3,62	3,53 (3,00-4,27)	0,530
	Sim	3,74	3,80 (2,87-4,53)	

Os resultados da Tabela 7 demonstram que as diferenças das pontuações dos participantes entre os diferentes níveis dessas variáveis não foram grandes o suficiente para serem consideradas estatisticamente significativas.

Em seguida, foram analisadas as diferenças individuais dos participantes com relação às pontuações obtidas na escala BAI. A Tabela 8 sumariza os principais resultados das comparações sociodemográficas.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sexo [t (134) = 1,97; p = 0,076], estado civil [F (1,3) = 1,41; p = 0,240], região de residência [F (1,4) = 0,93; p = 0,447], grau de escolaridade [F (1,6) = 1,39; p = 0,440], status de trabalho [t (134) = 1,73; p = 0,085], status estudantil [t (134) = -1,73; p = 0,086] e as pontuações obtidas pelos participantes na escala BAI. A Tabela 7 apresenta a relação entre os aspectos de saúde e as pontuações da BAI.

**Tabela 8**

*Relação entre BAI e variáveis sociodemográficas da amostra (teste t para amostras independentes e ANOVA)*

Variáveis	Média (DP)	Mediana (25-75)	p
<b>Sexo</b>			
Feminino	21,77 (10,34)	20 (15-29)	0,706
Masculino	18,07 (8,27)	16 (13-22)	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro(a)	22,38 (10,29)	21 (15-31)	0,240
Casado(a)	18,96 (9,65)	16 (13-24)	
Divorciado(a)	21,25 (8,01)	23 (14,5-25)	
Viúvo(a)	16,00 (2,82)	16 (14-18)	
<b>Região de Residência</b>			
Norte	27,66 (10,69)	30 (16-37)	0,447
Nordeste	19,81 (10,01)	16 (13-25)	
Centro-Oeste	18,77 (9,82)	17 (14-29)	
Sudeste	20,52 (10,01)	19 (14-26)	
Sul	23,21 (9,52)	22 (15-31)	
<b>Grau de Escolaridade</b>			

Ensino fundamental incompleto	11,00*	11 (11-11)	0,440
Ensino fundamental completo	21,66 (8,50)	22 (13-30)	
Ensino médio	28,73 (10,46)	31 (18-37)	
Graduação	21,75 (10,47)	18,5 (16-27)	
Especialização	21,16 (8,61)	20 (15-28)	
Mestrado	17,48 (9,21)	15 (13-25)	
Doutorado	15,62 (6,90)	14 (12-20)	
<b>Você está trabalhando atualmente?</b>			
Sim	19,72 (9,26)	17 (13-25)	0,085
Não	22,86 (10,97)	20 (15-31,5)	
<b>Estudante matriculado em alguma instituição?</b>			
Sim	22,14 (10,01)	20 (15-30)	0,086
Não	19,21 (9,65)	16 (13-24)	

**Tabela 9**

*Pontuações da BAI e aspectos de saúde da amostra (teste t para amostras independentes)*

Variáveis	Média (DP)	Mediana (25-75)	p
<b>Prática atividade física?</b>			
Sim	19,20 (8,27)	16 (14-25)	0,071
Não	22,27 (11,17)	21 (14,5-30,5)	
<b>Prática meditação?</b>			
Sim	19,44 (10,38)	17 (13-21)	0,469
Não	21,03 (9,83)	19 (14-29)	
<b>Foi acometido(a) por Covid-19?</b>			
Sim	19,34 (10,20)	16 (13-26)	0,394
Não	21,12 (9,85)	19 (14-28)	

Os resultados apresentados na Tabela 9 demonstram a inexistência de diferenças significativas nas pontuações na escala BAI entre os participantes que praticavam vs. não praticavam atividade física [ $t(134) = 1,82$ ;  $p = 0,071$ ], entre os que praticavam vs. não praticavam meditação [ $t(134) = 0,72$ ;  $p = 0,469$ ], e entre os que foram acometidos vs. não foram acometidos pela COVID-19 [ $t(134) = 0,85$ ;  $p = 0,394$ ].

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

De modo geral, o conjunto de resultados apresentados neste estudo demonstram uma associação moderada, inversa e estatisticamente significativa entre a ansiedade e o traço de atenção plena em uma amostra da população geral brasileira. Os resultados também demonstraram que a ansiedade esteve relacionada inversamente com a idade dos participantes, de modo que quanto mais avançada era a idade do participante, menores eram os seus níveis de ansiedade. Nessa mesma direção, o traço de atenção plena se relacionou positivamente com a idade, de modo que quanto maior a idade, maior o nível de *mindfulness* disposicional da amostra.

Ao se discutir esses resultados, é possível se embasar em estudos produzidos sobre o tema, que versam que a atenção plena auxilia no bem-estar psíquicos dos indivíduos, sendo um fator de proteção para o desenvolvimento de ansiedade patológica. Desse modo, é provável que os resultados aqui apresentados reflitam esse pressuposto teórico, contribuindo com dados referentes à população geral brasileira.

Ainda sobre as contribuições da presente pesquisa, levanta-se como possibilidade de debate o uso desses achados para o campo de estudos psicológicos e psiquiátricos acerca da adesão da população ao *mindfulness* em seu cotidiano. Ao observarmos o baixo nível de conhecimento e de adesão a esse tema, denunciamos um fato não tão desconhecido na Academia, mas que incita a necessidade de atenção: a possibilidade de uso de estratégias complementares no cuidado com a saúde mental. Ao apontarmos os resultados ora elencados, discutimos sobre a necessidade de novos debates sobre as estratégias de atenção plena como recurso auxiliar nas estratégias de manutenção de saúde mental. Logo, o presente estudo apresenta implicações práticas para o campo de saúde mental brasileiro por aquecer a discussão sobre a temática, podendo ser utilizado por gestores de saúde pública como elemento fundante

de políticas públicas voltadas para o cuidado com os sintomas de ansiedade das pessoas em sua interface com a atenção plena.

Assim como todos os estudos produzidos com base no método científico, a presente pesquisa apresenta algumas consideráveis limitações. A primeira delas diz respeito ao método de amostragem utilizado no estudo (por conveniência), que não permite a afirmação de representatividade da população estudada. Ademais, uma segunda limitação concerne ao método da pesquisa (correlacional), a qual não possibilita o estabelecimento de relação de causa e efeito, nem mesmo a generalização dos resultados. Outrossim, uma terceira limitação pode ser concebida sobre a ausência de medidas psicométricas relacionadas a outros construtos avaliados no estudo, a exemplo da satisfação com o trabalho. Desse modo, como direção futura lançamos a possibilidade de condução de um novo estudo em que seja vinculado o papel da satisfação com o trabalho e do traço de atenção plena sobre os níveis de ansiedade dos participantes. Ainda, sugere-se que sejam observadas as relações observadas no presente estudo por meio de outros desenhos metodológicos, a exemplo de estudos experimentais e longitudinais.

Finalmente, é possível afirmar que os resultados do presente estudo cumprem com os objetivos elencados para essa pesquisa, confirmando também a hipótese de pesquisa levantada no início desta dissertação. Em linhas gerais, foi constatada uma associação inversa entre o traço de atenção plena e os sintomas de ansiedade, de modo que as pessoas com maiores níveis de atenção plena de traço apresentaram menores níveis de sintomas ansiosos.

## REFERÊNCIAS

---

- Alnazly, W., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE*, *16*(3), e0247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. 5.ed. Artmed.
- Applehans, B. M., & Luecken, L. J. (2006). Attentional processes, anxiety, and the regulation of cortisol reactivity. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, *19*(1), 81–92. <https://doi.org/10.1080/10615800600565724>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and nonanxious individuals: The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(6), 495-505. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.005>
- Atanes, A. C., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Kozasa, E. H., Soler, J., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMS Complementary and Alternative Medicine*, *15*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>
- Azevedo, M. L. (2020). *Conhecimento, Atitude e Prática Profissional de Psicólogos Clínicos Brasileiros Sobre Mindfulness*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina (Programa de Pós-Graduação em Psicologia).

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg015>
- Baer, R. (2019). Assessment of mindfulness by self-report. *Current Opinion in Psychology*, 28, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.  
<https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.  
<https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.  
<https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Bajaj, B., Gupta, R., & Pande, N. (2016). Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*, 94, 96–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.020>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-35.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Bao, X., Xue, S., & Kong, F. (2015). Dispositional mindfulness and perceived stress: The role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 78, 48-52.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.007>

- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *The American Psychologist*, 55(11), 1247-1263. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.11.1247>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, 10(12), 1-23.
- Barnes, P. M., Powell-Griner, E., McFann, K., & Nahin, R. L. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Advance Data*, 27(343), 1-19.
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarewald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D. R. P., Pina, M. F., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020427. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 317-327. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000300009>
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2015). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Bendau, A., Petzold, M. B., Wyka, S., Pyrkosch, L., Plag, J., & Ströhle, A. (2021). Ängste in Zeiten von COVID-19 und anderen Gesundheitskrisen [Anxiety in times of COVID-19 and other health crises]. *Der Nervenarzt*, *92*(5), 417–425. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01030-8>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Broman-Fulks, J. J., Urbaniak, A., Bondy, C. L., & Toomey, K. J. (2014). Anxiety sensitivity and risk-taking behavior. *Anxiety Stress Coping*, *27*, 619–632. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.896906>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(12), 2037–2041. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.04.003>

- Bruine de Bruin, W., Strough, J., & Parker, A. M. (2014). Getting older isn't all that bad: Better decisions and coping when facing "sunk costs". *Psychology and Aging, 29*(3), 642–647. <https://doi.org/10.1037/a0036308>
- Byrne, G. J. A. (2002). What happens to anxiety disorders in later life?. *Brazilian Journal of Psychiatry, 24*(suppl 1), 74-80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500014>
- Bystritsky, A., Hovav, S., Sherbourne, C., Stein, M. B., Rose, R. D., Campbell-Sills, L., Golinelli, D., Sullivan, G., Craske, M. G., & Roy-Byrne, P. P. (2012). Use of complementary and alternative medicine in a large sample of anxiety patients. *Psychosomatics, 53*(3), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.11.009>
- Calvo, M. G., & Eysenck, M. W. (2000). Early vigilance and late avoidance of threat processing: Repressive coping versus low/high anxiety. *Cognition and Emotion, 14*(6), 763–787. <https://doi.org/10.1080/02699930050156627>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science, 312*, 1913– 1915. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488>
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. (2022). A Psicologia brasileira apresentada em números. Acesso em 22 de fevereiro de 2022. Retrieved from <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>
- Chouinard, G. (2004). Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(5), 7-12
- Conservano, C., Giuseppe, M. D., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, Age and Gender as Protective Factors Against Psychological

- Distress During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-9.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01900>
- Costa, S. S. (2020). Pandemia e desemprego no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 969-978. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* (London, England), 398(10312), 1700–1712.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30381-6)
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Artmed.
- de Frias, C. M., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: The protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health*, 19, 201–206.  
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.924090>
- DATASUS. (2020). Informações em Saúde. Acesso em 15 de julho de 2020. Retrieved from  
<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def/>
- DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. (2020, 03 de abril). O Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda diante dos impactos da Covid-19. *Nota Técnica*, 232, 1-13. Recuperado de  
<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2020/notaTec232ProgramaEmergencialGovern>  
[o/index.html?page=1](https://www.dieese.org.br/notatecnica/2020/notaTec232ProgramaEmergencialGovern/o/index.html?page=1)

- Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorooglou, M., & Lewith, G. (2015). Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integrative Cancer Therapies*, *14*(1), 45-56. <https://doi.org/10.1177/1534735414546567>
- Fajkowska, M. (2013). *Personality Coherence and Incoherence. A Perspective on Anxiety and Depression*. Clinton Corners: Eliot Werner Publications.
- Fajkowska, M. (2015). The Complex-System Approach to Personality: Main theoretical assumptions. *Journal of Research in Personality*, *56*, 15–32. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.09.003>
- Fajkowska, M., Domaradzka, E., & Wytykowska, A. (2018). Types of Anxiety and Depression: Theoretical Assumptions and Development of the Anxiety and Depression Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, *8*(2376), 1-23. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02376>
- Fisak, B., & von Lehe, A. C. (2012). The relation between the five facets of mindfulness and worry in a non-clinical sample. *Mindfulness*, *3*(1), 15–21. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0075-0>
- Fisher, J. E., Sass, S. M., Heller, W., Siltan, R. L., Edgar, J. C., Stewart, J. L., & Miller, G. A. (2010). Time course of processing emotional stimuli as a function of perceived emotional intelligence, anxiety, and depression. *Emotion*, *10*(4), 486–497. <https://doi.org/10.1037/a0018691>
- Fox, E., Russo, R., & Dutton, K. (2002). Attentional bias for threat: Evidence for delayed disengagement from emotional faces. *Cognition and Emotion*, *16*(3), 355–379. <https://doi.org/10.1080/02699930143000527>

- Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 30(2), 52–56. <https://doi.org/10.12809/eaap1885>
- Gallant, S. N. (2016). Mindfulness meditation practice and executive functioning: Breaking down the benefit. *Consciousness and Cognition*, 40, 116-130. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.01.005>
- Garanki, A., Murrough, J., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Losifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in Psychiatry*, 11(595584), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>
- Garland, E. L. (2007). The meaning of mindfulness: A second-order cybernetics of stress, metacognition, and coping. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 15-30. <https://doi.org/10.1177/1533210107301740>
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys

- with 1.9 million participants. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1077–e1086.  
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- Grühn, D., Sharifian, N., & Chu, Q. (2016). The limits of a limited future time perspective in explaining age differences in emotional functioning. *Psychology and Aging*, 31(6), 583–593. <https://doi.org/10.1037/pag0000060>
- Heim-Dreger, U., Kohlmann, C.-W., Eschenbeck, H., & Burkhardt, U. (2006). Attentional biases for threatening faces in children: Vigilant and avoidant processes. *Emotion*, 6(2), 320–325. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.320>
- Heller, W., Nitschke, J. B., Etienne, M. A., & Miller, G. A. (1997). Patterns of regional brain activity differentiate types of anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 376–385. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.376>
- Hippocrates. (1994). *Epidemics* (W. D. Smith, Trans.). Vol VII. Loeb Classical Library. Cambridge: Harvard University Press.
- Hirayama, M. S., Milani, D., Rodrigues, R. C. M., Barros, N. F., & Alexandre, N. M. C. (2014). A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(9), 3899-3914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12272013>
- Hock, M., & Krohne, H. W. (2004). Coping With Threat and Memory for Ambiguous Information: Testing the Repressive Discontinuity Hypothesis. *Emotion*, 4(1), 65–86. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.65>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J. J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(08), 786–792. <https://doi.org/10.4088/jcp.12m08083>
- Hohaus, L. C., & Spark, J. (2013). Getting better with age: Do mindfulness & psychological well-being improve in old age? *European Psychiatry*, 28, 1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77295-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77295-X)
- Hou, W. K., Ng, S. M., Wan, & J. H. Y. (2015). Changes in positive affect and mindfulness predict changes in cortisol response and psychiatric symptoms: A latent change score modelling approach. *Psychology & Health*, 30(5), 551-567. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.990389>
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310–325. <https://doi.org/10.1037/a0031313>
- Imel, J. L., & Dautovich, N. D. (2018). The Associations Between Dispositional Mindfulness, Sense of Control, and Affect in a National Sample of Adults. *The Journals of Gerontology – Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(6), 996-1005. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw092>

- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30(1), 11-22. <https://doi.org/10.1017/s0033291799001452>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Peaslake: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Pub. by Dell Publishing, a division of Bantam Doubleday Dell Pub. Group.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion Books.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936–943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Keshabyan, A., & Day, M. V. (2020). Concerned Whether You'll Make It in Life? Status Anxiety Uniquely Explains Job Satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 11, 15-23. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01523>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005a). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990– 1992 to 2001–2003. *JAMA*, *293*(20), 2487–2495. <https://doi.org/10.1001/jama.293.20.2487>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kopel, J., & Habermas, G. R. (2019). Neural Buddhism and Christian mindfulness in medicine. *Baylor University Medical Center Proceedings*, *32*(2), 308-310. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1581525>
- Leal, P. C., Goes, T. C., Silva, L. C. F., & Teixeira-Silva, F. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *39*(3), 147-157. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0044>
- Lee, J-H., Hwang, J., & Lee, K-C. (2019). Job satisfaction and job-related stress among nurses: The moderating effect of mindfulness. *Work*, *62*(1), 87-95. <https://doi.org/10.3233/WOR-182843>
- Lovallo, W. R., & Gerin, W. (2003). Psychophysiological reactivity: Mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, *65*(1), 36–45. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000033128.44101.C1>

- Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*, 42(spe), 18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- Mahlo, L., & Windsor, T. D. (2020). Older and more mindful? Age differences in mindfulness components and well-being. *Aging & Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1734915>
- Mahoney, C. T., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2015). Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults age differences in risk factors for Anxiety symptoms. *The International Journal of Aging & Human Development*, 81, 217–240. <http://dx.doi.org/10.1177/0091415015621309>
- Martin-Merino, E., Ruigomez, A., Wallander, M. A., Johansson, S., & Garcia-Rodriguez, L. A. (2010). Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Family Practice*, 27(1), 9-16. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp071>
- Mathersul, D., Williams, L. M., Hopkinson, P. J., & Kemp, A. H. (2008). Investigating models of affect: relationships among EEG alpha asymmetry, depression, and anxiety. *Emotion*, 8, 560–572. <https://doi.org/10.1037/a0012811>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion*, 16(3), 331–354. <https://doi.org/10.1080/02699930143000518>
- MacLehose, W. (2020). Historicising stress: anguish and insomnia in the middle ages. *Interface Focus*. <https://doi.org/10.1098/rsfs.2019.0094>
- McNall, L. A., Tombari, J. M., & Brown, M. M. (2021). Exploring how mindfulness links to work outcomes: Positive affectivity and work-life enrichment. *Applied Research in Quality of Life*, 16(1), 167–182. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09762-9>

- Ministério da Saúde. (2021). Painel Coronavírus – Brasil. <https://covid.saude.gov.br/>
- Noone, C. & Hogan, M.J. (2018). Improvements in Critical Thinking Performance Following Mindfulness Meditation Depend on Thinking Dispositions. *Mindfulness*, 9(2), 461-473. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0789-8>
- Oyebod, F. (2018). *Sims sintomas da mente: introdução a psicopatologia descritiva*. 5. ed. Elsevier.
- O'Neill, C. D. O., Vidal-Almela, S., Terada, T., Kamiya, K., Tulloch, H. E., Pipe, A. L., & Reed, J. L. (2022). Sex and Age Differences in Anxiety and Depression Levels Before and After Aerobic Interval Training in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 42, 15-21. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000617>
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>
- Penninx, B. W. J. H., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397 (10277), 914-927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Pinho, P. H., Carnevalli, L. M., Santos, R. O., & Lacerda, L. C. S. (2020). Mindfulness no contexto dos transtornos mentais: uma revisão integrativa. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16(3), 105-117. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166027>
- Prado MF, Antunes BBP, Bastos LSL, Peres IT, Silva AAB, Dantas LF, et al. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(2):224-228. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200030>.

- Prakash, R. S., Hussain, M. A., & Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging, 30*, 160–171. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038544>
- Quaglia, J. T., Brown, K. W., Lindsay, E. K., Creswell, J. D., & Goodman, R. J. (2015). From conceptualization to operationalization of mindfulness. In K. W. Brown, J. D. Creswell, R. M. Ryan, K. W. Brown, J. D. Creswell, R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of 92 mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 151-170). New York, NY, US: Guilford Press.
- Raes, A. K., Bruyneel, L., Loeys, T., Moerkerke, B., & De Raedt, R. (2015). Mindful attention and awareness mediate the association between age and negative affect. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 70*, 179–188. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbt074>
- Ramaci, T., Rapisarda, V., Bellini, D., Mucci, N., Giorgio, A., & Barattucci, M. (2020). Mindfulness as a Protective Factor for Dissatisfaction in HCWs: The Moderating Role of Mindful Attention between Climate Stress and Job Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113818>
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*(2), 227–233. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.515681>
- Rau, H. K., & Williams, P. G. (2015). Dispositional mindfulness: A critical review of construct validation research. *Personality and Individual Differences, 93*, 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.035>

- Rodrigues, M. F., Nardi, A. E., & Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends Psychiatry, 39*(3), 207-215. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>
- Roshanaei-Moghaddam, B., Pauly, M. C., Atkins, D. C., Baldwin, S. A., Stein, M. B., & Roy-Byrne, P. (2011). Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depression and Anxiety, 28*(7), 560-567. <https://doi.org/10.1002/da.20829>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology, 35*(1), 169-191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Silva, Jucianny Sales (2021). Sintomatologia ansiosa em pacientes acometidos pela COVID-19. Repositório Institucional da UFPB (Brasil). <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/22356>
- Silva-Junior, J. S., & Fischer, F. M. (2014). Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. *Revista de Saúde Pública, 48*(1), 186-190. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004802>
- Silveira, A. D. M. (2019). The Employee Is Always Right: Employee Satisfaction and Corporate Performance in Brazil. *Revista de Administração Contemporânea, 23*(6), 739-764. <http://doi.org/10.1590/1982-7849rac2019190224>
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., Montoya, J. D., & Bernard, M. L. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 613–617.

<https://doi.org/10.1037/a0025189>

Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6), 100-113.

Souza, I. M., & Machado-de-Sousa, J. P. (2017). Brazil: world leader in anxiety and depression rates. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(4), 384. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2300>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. D. (1970). *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231-249. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/tsteimer>

Stinson, C., Curl, E. D., Hale, G., Knight, S., Pipkins, C., Hall, I., White, K., Thompson, N., & Wright, C. (2020). Mindfulness Meditation and Anxiety in Nursing Students. *Nursing Education Perspectives*, 41(4), 244–245. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000635>

Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 87-88. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>

Tisdell, C. A. (2020). Economic, social and political issues raised by the COVID-19 pandemic. *Economic Analysis and Policy*, 68(3), 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.eap.2020.08.002>

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23–43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>

- Tsui, M., To, J., & Lee, A. (2020). Mindfulness Meditation, Mental Health, and Health-Related Quality of Life in Chinese Buddhist Monastics. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 30(3), 67–72. <https://doi.org/10.12809/eaap1949>
- Viana, M. C., & Andrade, L. H. (2012). Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(3), 349-260. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.001>
- Victorson, D., Kentor, M., Maletich, C., Lawton, R. C., Kaufman, V. H., Borrero, M., Languido, L., Lewett, K., Pancoe, H., & Berkowitz, C. (2014). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-base randomized controlled trials relevant to lifestyle medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.1177/1559827614537789>
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: the role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.008>
- Watson, D. (2000). *Mood and Temperament*. New York: Guilford Press.
- Wiedemann, K. (2001). Anxiety and Anxiety Disorders. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 560-567. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03760-8>

- WHO. World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates*.  
[www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)
- WHO. World Health Organization. (2020). *Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance*. Geneva.
- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285-316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
- Wiesel, T. R. W., Nelson, C. J., Tew, W. P., Hardt, M., Mohile, S. G., Owusu, C., Klepin, H. D., Gross, C. P., Gajra, A., Lichtman, S. M., Ramani, R., Zavala, L., & Hurria, A. (2014). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(6), 712-717. <https://doi.org/10.1002/pon.3638>
- Wilson, E., & MacLeod, C. (2003). Contrasting two accounts of anxiety-linked attentional bias: Selective attention to varying levels of stimulus threat intensity. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 212–218. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.212>
- Wu, R., Liu, L. L., Zhu, H., Su, W. J., Cao, Z. Y., Zhong, S. Y., Liu, X. H., & Jiang, C. L. (2019). Brief Mindfulness Meditation Improves Emotion Processing. *Frontiers in Neuroscience*, 13(1074), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01074>
- Zalewska, A. M. (2011). Relationships between anxiety and job satisfaction – Three approaches: ‘Bottom-up’, ‘top-down’ and ‘transactional’. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 977-986. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.013>
- Zimmaro, L. A., Salmon, P., Naidu, H., Rowe, J., Phillips, K., Rebholz, W. N., Giese-Davis, J., Cash, E., Dreeben, S. J., Bayley-Veloso, R., Jablonski, M. E., Hicks, A., Siwik, C., &

- Sephton, S. E. (2016). Association of dispositional mindfulness with stress, cortisol, and well-being among university undergraduate students. *Mindfulness*, 7(4), 874–885. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0526-8>
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>
- Zhang, Z., & Yuan, K.-H. (2018). *Practical Statistical Power Analysis Using Webpower and R* [Computer software]. ISDSA Press. <https://webpower.psychstat.org/wiki/models/index>
- Zorzanelli, R. (2010). Neurastenia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 17. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600010>.

## ANEXOS

## Anexo A – Inventário de Ansiedade de Beck

*Versão Adaptada para Português-BR (Beck et al., 1988; Cunha, 2001)*

Instruções: abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, marcando a opção correspondente ao sintoma. Utilize a escala a seguir para guiar as suas respostas.

<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> (não me incomoda muito)	<b>Moderadamente</b> (foi muito desagradável, mas pode suportar)	<b>Gravemente</b> (dificilmente pude suportar)
0	1	2	3

<b>Itens</b>	<b>[0]</b>	<b>[1]</b>	<b>[2]</b>	<b>[3]</b>
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocamento.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade para respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

## Anexo B – Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS)

*Versão adaptada (Brown & Ryan, 2003; Barros et al., 2015)*

Instruções: a seguir você encontrará uma lista de afirmações acerca da sua experiência cotidiana. Usando uma escala de 1 (quase sempre) a 6 (quase nunca), indique com que frequência tem ou não tem cada uma destas experiências.

Quase sempre	Muito frequentemente	Relativamente frequente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca
1	2	3	4	5	6

Itens	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
1. Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.						
2. Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.						
3. Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente.						
4. Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.						
5. Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.						
6. Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.						
7. Parece que eu estou “funcionando no piloto automático”, sem muita consciência do que estou fazendo.						
8. Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas.						
9. Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá.						
10. Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.						
11. Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo.						
12. Eu dirijo no “piloto automático” e depois penso porque eu fui naquela direção.						
13. Encontro-me preocupado com futuro ou com o passado.						
14. Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.						
15. Eu como sem estar consciente do que estou comendo.						

*Nota.* Para calcular a pontuação, deve-se somar as respostas e dividir por 15, de modo que os valores mais altos representam níveis mais altos de atenção plena.

**Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**  
***Parecer Consubstanciado do CEP***

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO PLENA E SINTOMAS DE ANSIEDADE: UM ESTUDO CORRELACIONAL

**Pesquisador:** Elton Souza de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49378021.5.0000.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.929.842

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamental/CCHLA/UFPB. Trata-se de um estudo correlacional do tipo transversal a ser realizado através de formulários online. A pesquisa será realizada através de formulários aplicados de forma online – Google Forms - e a participação será voluntária, ocorrendo após a leitura e concordância com o TCLE, o qual descreve a pesquisa e assegura o anonimato. A estimativa do tamanho da amostra foi feita no programa WebPower (Zhang, Z., & Yuan, K.-H. 2018) Utilizou-se na análise de poder, o tipo “a priori”, baseado no teste estatístico para medidas regressão linear, com tamanho de efeito esperado de 0,50 (mediano), com significância de 0,05 e poder de teste de 0,80. O resultado do teste demonstrou a necessidade mínima de uma amostra de 18 participantes. Entretanto, espera-se a participação mínima de 100 participantes a fim de verificar outras possibilidades de técnicas estáticas. Participarão da pesquisa voluntários oriundos da população geral brasileira, maiores de 18 anos de idade, que não possuem transtorno psiquiátrico diagnosticado, que não fazem uso de psicofármacos e não estão em acompanhamento psicológico. Serão usados o Questionário sociodemográfico adaptado para se adequar às características da amostra, com questões sobre: estado civil, escolaridade, idade, convênio, renda familiar e moradia, bem como avaliação de comorbidades, história psiquiátrica e uso de psicofármacos prévios. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; Beck et al., 1988).

**Endereço:** Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.929.842

**Objetivo da Pesquisa:**

Verificar se há correlação entre o nível de atenção plena e os sintomas ansiosos em uma amostra da população geral brasileira maior de 18 anos de idade, que não possui transtorno psiquiátrico diagnosticado, que não faz uso de psicofármacos e não está em acompanhamento psicológico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa apresenta risco de sensibilização do participante no tocante a possíveis questões acerca de domínios afetivos sensíveis. A pesquisa não apresenta, no entanto, outros riscos previsíveis, visto que trabalhará com a aplicação de escalas e questionários de forma online, sem qualquer tipo de intervenção nem contato físico com os participantes. A fim de minimizar os referidos riscos, o pesquisador se colocará à disposição via e-mail

para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou possíveis orientações.

**Benefícios:**

Em relação aos benefícios, entende-se que o ato de responder aos instrumentos propostos tem o potencial de clarificar o nível de atenção plena e dos sintomas ansiosos nos participantes, podendo propiciar a busca por uma vida com mais consciência, mais qualidade e com menos sintomas ansiosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em consonância com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta a documentação de praxe.

**Recomendações:**

Divulgar resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Endereço:** Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.929.842

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1783916.pdf	08/07/2021 10:05:50		Aceito
Folha de Rosto	Elton_Lima_folha_de_rosto_assinada.pdf	08/07/2021 09:59:08	Elton Souza de Lima	Aceito
Outros	CERTIDAO_61_2021_PPGNEC2605478075448772402.pdf	08/07/2021 09:57:01	Elton Souza de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ELTON_2021.pdf	08/07/2021 09:55:44	Elton Souza de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_assinada.pdf	28/06/2021 23:42:21	Elton Souza de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/06/2021 22:48:12	Elton Souza de Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/06/2021 22:46:49	Elton Souza de Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/06/2021 22:44:22	Elton Souza de Lima	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 25 de Agosto de 2021

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

## APÊNDICES

---

### Apêndice A – Modelo de TCLE apresentado ao Comitê de Ética

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Fomulado de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) desta pesquisa, que está sob a responsabilidade do mestrando Elton Souza de Lima, sob a orientação da Profa. Dra. Liana Clébia de Moraes Pordeus. Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o (a) senhor (a) não entenda. Caso haja alguma dúvida, envie um e-mail para o pesquisador, para que o (a) senhor (a) esteja bem esclarecido (a) sobre tudo o que está respondendo. Este pesquisador garante o sigilo e anonimato quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, marque a opção “Concordo e aceito participar” ao final deste documento. Em caso de recusa, o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de desistir da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O estudo possui como objetivo verificar se há correlação entre os níveis de atenção plena e de sintomas ansiosos. Para tanto, preciso de sua colaboração no preenchimento de alguns questionários: um questionário sociodemográfico, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a escala MAAS do componente atencional da Atenção Plena.

Por ocasião da publicação dos resultados, suas informações serão mantidas em sigilo e ainda informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos previsíveis para sua saúde, a exemplo da sensibilização do participante no tocante a possíveis questões acerca de domínios afetivos sensíveis. A pesquisa não apresenta, no entanto, outros riscos previsíveis, visto que trabalhará com a aplicação de escalas e questionários de forma online, sem qualquer tipo de intervenção nem contato físico com os participantes. A fim de minimizar os referidos riscos, o pesquisador se colocará à disposição via e-mail para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou possíveis orientações.

Informo que sua participação é voluntária e que não será prejudicado caso não queira participar do estudo. Será também garantido a você o direito de desistir da pesquisa, em

qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Todos os dados da participação neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, sendo disponíveis apenas para as autoridades de saúde.

Caso concorde em participar dessa pesquisa, é preciso assinalar ao final o campo “Concordo e aceito participar”.

Esperando contar com o seu apoio, desde já agradecemos a sua colaboração.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO (A):**

Eu, após a leitura deste documento, o qual traz os objetivos da pesquisa e as informações para contato com o pesquisador principal, concordo em participar do presente estudo, como voluntário (a). Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo e anonimato das minhas informações e a possibilidade de desistência da minha participação a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

(  ) Concordo e aceito participar

(  ) Não concordo e não aceito participar

#### **Elton Souza de Lima**

Telefone: (83) 3216-7246

E-mail: [eltlima@gmail.com](mailto:eltlima@gmail.com)

Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58059 - 900

#### **Liana Clébia de Moraes Pordeus**

Telefone: (83) 3216-7246

E-mail: [lianaclebia@gmail.com](mailto:lianaclebia@gmail.com)

Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58059 – 900

#### **Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB**

Telefone: (83) 3216-7791

E-mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com)

Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências da Saúde – 1º andar  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58051- 900

## Apêndice B – Formulário da Pesquisa (Google Forms)

### ATENÇÃO PLENA E SINTOMAS DE ANSIEDADE: UM ESTUDO CORRELACIONAL

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Formulado de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) desta pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CCS/UFPB (CAAE 49378021.5.0000.5188), sob a responsabilidade do mestrando Elton Souza de Lima, sob a orientação da Profa. Dra. Liana Clébia de Moraes Pordeus. Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o (a) senhor (a) não entenda. Caso haja alguma dúvida, envie um e-mail para o pesquisador, para que o (a) senhor (a) esteja bem esclarecido (a) sobre tudo o que está respondendo. Este pesquisador garante o sigilo e anonimato quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, marque a opção "Concordo e aceito participar" ao final deste documento. Em caso de recusa, o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de desistir da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:** O estudo possui como objetivo verificar se há correlação entre os níveis de atenção plena e de sintomas ansiosos. Para tanto, preciso de sua colaboração no preenchimento de alguns questionários: um questionário sociodemográfico, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a escala MAAS do componente atencional da Atenção Plena.

Por ocasião da publicação dos resultados, suas informações serão mantidas em sigilo e ainda informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos previsíveis para sua saúde, a exemplo da sensibilização do participante no tocante a possíveis questões acerca de domínios afetivos sensíveis. A pesquisa não apresenta, no entanto, outros riscos previsíveis, visto que trabalhará com a aplicação de escalas e questionários de forma online, sem qualquer tipo de intervenção nem contato físico com os participantes. A fim de minimizar os referidos riscos, o pesquisador se colocará à disposição via e-mail para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou possíveis orientações.

Informo que sua participação é voluntária e que não será prejudicado caso não queira participar do estudo. Será também garantido a você o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Todos os dados da participação neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, sendo disponíveis apenas para as autoridades de saúde. Caso concorde em participar dessa pesquisa, é preciso assinalar ao final o campo "Concordo e aceito participar".

Esperando contar com o seu apoio, desde já agradecemos a sua colaboração.

---

#### Informações de Contato:

Elton Souza de Lima  
Telefone: (83) 3216-7246  
E-mail: [eltlima@gmail.com](mailto:eltlima@gmail.com)  
Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58059 - 900

Liana Clébia de Moraes Pordeus  
Telefone: (83) 3216-7246  
E-mail: [lianaclebia@gmail.com](mailto:lianaclebia@gmail.com)  
Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58059 – 900

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB  
Telefone: (83) 3216-7791  
E-mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com)

Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências da Saúde – 1º andar  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58051- 900

\* Required

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, após a leitura deste documento, o qual traz os objetivos da pesquisa e as informações para contato com o pesquisador principal, concordo em participar do presente estudo, como voluntário (a). Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo e anonimato das minhas informações e a possibilidade de desistência da minha participação a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

1. Assinatura digital \*

*Mark only one oval.*

- Concordo e aceito participar  
 Não concordo e não aceito participar

#### Questionário Sócio-demográfico

2. Data de nascimento \*

*Example: January 7, 2019*

3. Sexo \*

*Mark only one oval.*

- Masculino  
 Feminino

4. Estado civil \*

*Mark only one oval.*

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Divorciado(a)  
 Viúvo(a)

5. Mora em qual estado do Brasil? \*

\_\_\_\_\_

Universidade Federal da Paraíba – Campus I Centro de Ciências da Saúde – 1º andar  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil CEP 58051- 900

\* Required

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, após a leitura deste documento, o qual traz os objetivos da pesquisa e as informações para contato com o pesquisador principal, concordo em participar do presente estudo, como voluntário (a). Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo e anonimato das minhas informações e a possibilidade de desistência da minha participação a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

1. Assinatura digital \*

*Mark only one oval.*

- Concordo e aceito participar  
 Não concordo e não aceito participar

#### Questionário Sócio-demográfico

2. Data de nascimento \*

*Example: January 7, 2019*

3. Sexo \*

*Mark only one oval.*

- Masculino  
 Feminino

4. Estado civil \*

*Mark only one oval.*

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Divorciado(a)  
 Viúvo(a)

5. Mora em qual estado do Brasil? \*

\_\_\_\_\_

13. De 0 a 10, qual o seu grau de satisfação com a sua atividade laboral? \*

*Mark only one oval.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

14. Você pratica atividade física? \*

*Mark only one oval.*

Não    *Skip to question 18*  
 Sim

#### Seção sem título

15. Qual atividade física que você pratica? \*

\_\_\_\_\_

16. Quantos minutos de atividade física você pratica por semana? \*

\_\_\_\_\_

17. Em uma escala de 0 a 10, qual o impacto da prática de atividade física em sua qualidade de vida? \*

*Mark only one oval.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nenhum impacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito impacto

#### Seção sem título

18. Em uma escala de 0 a 10, qual o seu nível de conhecimento sobre Mindfulness - Atenção Plena? \*

*Mark only one oval.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nenhum conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito conhecimento

19. Você já assistiu a algum curso de Mindfulness - Atenção Plena? \*

*Mark only one oval.*

- Não *Skip to question 21*  
 Sim *Skip to question 20*

Seção sem título

20. Qual o total de horas do(s) curso(s) de Mindfulness - Atenção Plena aos quais você assistiu? \*

\_\_\_\_\_

Seção sem título

21. Você pratica meditação? \*

*Mark only one oval.*

- Não *Skip to question 26*  
 Sim *Skip to question 22*

Prática de  
Meditação

Nesse tópico, você encontrará questionamentos sobre a sua prática de Meditação

22. Durante quanto tempo por semana você pratica meditação? \*

Por favor, responder com o número de minutos de prática de meditação semanal

\_\_\_\_\_

23. Há quanto tempo pratica meditação? \*

Por favor, digite o número aproximado de anos de prática de meditação.

\_\_\_\_\_

24. A prática de meditação é realizada no contexto do mindfulness - atenção plena?

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim

25. Em uma escala de 0 a 10 qual o impacto da prática de meditação em sua qualidade de vida? \*

*Mark only one oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nenhum impacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito impacto.

#### Aspectos de Saúde

Nessa seção serão realizadas questões acerca da sua saúde mental

26. Você recebeu diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico? \*

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim

27. Você faz uso de algum psicofármaco? \*

Psicofármacos são medicações utilizadas para tratamento da saúde mental, como em casos de ansiedade, depressão e outros.

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim

28. Você faz acompanhamento psicológico? \*

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim

29. Você foi acometido(a) por COVID-19?

*Mark only one oval.*

- Não  
 Sim

#### Escala de Atenção Plena e Consciência - MAAS

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1 a 6 abaixo, por favor, indique a frequência com que você tem tido cada experiência, atualmente. Por favor, responda de acordo com o que reflete a sua experiência, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, pense em cada item separadamente dos outros.

30. 1. Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

31. 2. Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção ou por estar pensando em outra coisa \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

32. 3. Eu tenho dificuldade em permanecer focado no que está acontecendo no presente \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

33. 4. Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que vivencio no caminho \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

34. 5. Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem minha atenção \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

35. 6. Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

36. 7. Parece que eu estou "funcionando no piloto automático", sem muita consciência do que estou fazendo. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

37. 8. Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente muito atento a elas. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

38. 9. Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

39. 10. eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

40. 11. Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

41. 12. Eu dirijo no "piloto automático" e depois penso porque fui naquela direção. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

42. 13. Encontro-me preocupado com o futuro e com o passado. \*

*Mark only one oval.*

1. Quase sempre  
 2. Muito frequentemente  
 3. Relativamente frequentemente  
 4. Raramente  
 5. Muito raramente  
 6. Quase nunca

43. 14. Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção. \*

*Mark only one oval.*

- 1. Quase sempre
- 2. Muito frequentemente
- 3. Relativamente frequentemente
- 4. Raramente
- 5. Muito raramente
- 6. Quase nunca

44. 15. Eu como sem estar consciente do que estou comendo. \*

*Mark only one oval.*

- 1. Quase sempre
- 2. Muito frequentemente
- 3. Relativamente frequentemente
- 4. Raramente
- 5. Muito raramente
- 6. Quase nunca

**Inventário  
de  
Ansiedade  
de Beck**

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje.

45. 1. Dormência ou Formigamento \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

46. 2. Sensação de calor \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

47. 3. Tremores nas pernas \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

48. 4. Incapaz de relaxar \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

49. 5. Medo que aconteça o pior \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

50. 6. Atordoado ou tonto \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

51. 7. Palpitação ou aceleração do coração \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

52. 8. Sem equilíbrio \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

53. 9. Aterrorizado \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

54. 10. Nervoso \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

55. 11. Sensação de sufocação \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

56. 12. Tremores nas mãos \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

57. 13. Trêmulo \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

58. 14. Medo de perder o controle \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

59. 15. Dificuldade para respirar \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

60. 16. Medo de morrer \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

61. 17. Assustado \*

*Mark only one oval.*

- 1. Absolutamente não.
- 2. Levemente (Não me incomodou muito).
- 3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- 4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

62. 18. Indigestão ou desconforto no abdômen \*

*Mark only one oval.*

1. Absolutamente não.
2. Levemente (Não me incomodou muito).
3. Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
4. Gravemente (Difícilmente pude suportar).

63. 19. Sensação de desmaio \*

*Mark only one oval.*

- Absolutamente não.
- Levemente (Não me incomodou muito).
- Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- Gravemente (Difícilmente pude suportar).

64. 20. Rosto afogueado \*

*Mark only one oval.*

- Absolutamente não.
- Levemente (Não me incomodou muito).
- Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- Gravemente (Difícilmente pude suportar).

65. 21. Suor (não devido ao calor) \*

*Mark only one oval.*

- Absolutamente não.
- Levemente (Não me incomodou muito).
- Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar).
- Gravemente (Difícilmente pude suportar).

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms