



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

LEILANE CAMILA FERREIRA DE LIMA FRANCISCO

**EFEITO DA MEDITAÇÃO NA ANSIEDADE E NA QUALIDADE DE VIDA EM
MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

MACEIÓ
2020

LEILANE CAMILA FERREIRA DE LIMA FRANCISCO

**EFEITO DA MEDITAÇÃO NA ANSIEDADE E NA QUALIDADE DE VIDA EM
MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos

Orientação: Prof.^a Dr.^a Verônica de Medeiros Alves

MACEIÓ
2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos - CRB-4 - 2062

F819e Francisco, Leilane Camila Ferreira de Lima.
Efeito da meditação na ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero: um ensaio clínico randomizado / Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco. – 2020.
87 f. : il. ; tabs.

Orientadora: Verônica de Medeiros Alves.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 65-73.
Apêndices: f. 74-77.
Anexos: f. 78-87.

1. Minorias sexuais. 2. Transtorno de ansiedade generalizada. 3. Meditação. 4. Qualidade de vida. I. Título.

CDU: 2-583: 616.89-008.441

Folha de Aprovação

LEILANE CAMILA FERREIRA DE LIMA FRANCISCO

EFEITO DA MEDITAÇÃO NA ANSIEDADE E NA QUALIDADE DE VIDA EM
MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO: UM ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO

Dissertação submetida ao corpo docente
do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas e aprovada em 24 de março de
2020.

Verônica de Medeiros Alves

Prof.^a Dr.^a Verônica de Medeiros Alves – UFAL/Campus – Maceió
(Orientadora)

Banca Examinadora:

Ana Paula Nogueira de Magalhães

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Nogueira de Magalhães – UFAL/Campus – Arapiraca
(Examinadora externa)

Joelma de Oliveira Albuquerque

Prof.^a Dr.^a Joelma de Oliveira Albuquerque – UFAL/Campus – Arapiraca
(Examinadora externa)

Dedico este trabalho à minha família, o bem mais precioso que eu poderia ter, e, em especial, ao meu pai, maior exemplo de perseverança e dignidade.
Gratidão por tudo e por tanto!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, minha eterna gratidão a Deus, que me impulsiona todos os dias a lutar pelos meus ideais, por nEle encontrar o meu amparo e por me permitir chegar até aqui. Sinto o seu cuidado em cada detalhe e, sem Ele, não conseguiria.

Aos meus pais Maria Lúcia e José Manoel (*in memorian*), que tanto me incentivaram e, se hoje estou aqui, é porque os mesmos lutaram muito por minha educação e por meu crescimento, antes de tudo, como pessoa e, conseqüentemente, como profissional. Particularmente, ao meu pai, que me ensinou a ser grata todos os dias, independente das circunstâncias, e que tanto demonstrava seu cuidado e orgulho pela sua família.

Ao meu irmão, Johnny, por sempre estar na torcida e me incentivar a buscar o melhor para mim. Ao meu esposo, Denylleydson, por todo o apoio e amor de sempre, pelas melhores palavras e por abdicar, muitas vezes, do seu conforto para me ajudar a construir esse sonho que vem se realizando. Você é luz nos meus dias e, como sempre digo, meu maior incentivador, meu parceirão da vida! Amo você!

Aos meus sogros, Laíde e Denivaldo, que são como pais para mim e estão sempre me incentivando e dispostos a me ajudar.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Verônica de Medeiros Alves, que desde a graduação tanto me ensinou sobre a minha profissão, mas acima de tudo, sobre a vida. Deus não poderia colocar em meu caminho melhor orientadora. Obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio e pela luz que há em você, que transmite a todos nós que contigo convivemos.

À minha amiga Flaviane, pelo apoio, amizade e parceria desde antes mesmo de adentrar na residência até o percorrer de toda essa longa e rica caminhada.

À minha amiga Alice, com quem pude compartilhar e ter o seu apoio em todos os momentos dessa trajetória de grande crescimento.

Às queridas colaboradoras desta pesquisa, Izabelly, Mariana Barros, Jéssica Diodino, Iasmin e Jaqueline pelo companheirismo e por abraçarem este estudo com muita dedicação. A Marianna Rocha, que colaborou no início da coleta de dados. Aos participantes da pesquisa, que contribuíram, tornaram possível a realização deste estudo e que tanto me ensinaram.

À minha querida turma do mestrado em Enfermagem PPGENF 2018, que foi essencial e tornou todo esse processo mais leve e preenchido de companheirismo.

À banca examinadora, pela essencial contribuição no enriquecimento do meu trabalho.

Essa vitória também é de vocês!

“Buscai primeiro o reino de Deus e a sua justiça e todas essas coisas vos serão dadas em acréscimo. Não vos preocupeis com o dia de amanhã: o dia de amanhã terá as suas preocupações próprias. A cada dia basta o seu cuidado”.

(Mt 6, 33-34)

RESUMO

Introdução: As minorias sexuais e de gênero são alvo de discriminação, o que contribui com a exclusão social e com grande associação à vulnerabilidade à sua saúde mental e ao sofrimento, repercutindo no desenvolvimento de transtornos mentais, como o transtorno de ansiedade generalizada e numa qualidade de vida prejudicada. Nesse contexto, percebe-se que são necessárias ações voltadas a essa população, como a meditação, que atua no sentido de complementar as práticas destinadas ao cuidado. **Objetivo:** Avaliar o efeito da meditação na ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado de natureza prospectiva, controlado, paralelo, aberto, com dois braços sobre o efeito da meditação com foco na respiração na ansiedade e na qualidade de vida em discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A amostra foi calculada em 50 pessoas, 25 por grupo. Destes, 23 indivíduos participaram do grupo experimental, que receberam a intervenção da meditação por 8 semanas, sendo um encontro semanal de 30min, com três blocos de meditação de 10min cada. Além disso, este grupo recebeu um caderno de meditação para que pudesse realizar práticas diárias de 20min em seu domicílio. O grupo controle foi composto por 19 pessoas, também acompanhado por 8 semanas, mas que não sofreu exposição a nenhuma intervenção. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: Questionário de identificação, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) e o MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview – Versão 7.0.2). As análises descritivas utilizaram a frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão. A análise bivariada utilizou Teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e correlação de Pearson, Teste t de Student e ANOVA. Foi considerado intervalo de confiança de 95% e valor $p < 0,05$. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, conforme o Parecer Consubstanciado de Autorização sob o número 2.826.905, registrado e aprovado na Plataforma ReBEC (Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos), sob o número de registro RBR-3bskgt. **Resultados:** Identificou-se que houve uma diminuição das médias do IDATE-Estado, ao se comparar o pré-teste ($51,87 \pm 10,20$) com a 4ª semana ($42,70 \pm 12,85$) e a 8ª semana ($41,12 \pm 14,02$) no grupo experimental. Houve redução significativa de ansiedade estado da fase inicial para as 4 semanas de meditação ($p = 0,015$). O mesmo se observou nas médias do IDATE-Traço do grupo experimental, com média no pré-teste de $58,65 (\pm 7,90)$, 4ª semana de $54,17 (\pm 11,30)$ e 8ª semana de $51,25 (\pm 12,83)$. Na qualidade de vida geral, houve um aumento de sua média desde o pré-teste até a finalização do acompanhamento no grupo experimental, sendo $48,91 (\pm 19,18)$ no pré-teste, $49,45 (\pm 19,02)$ na 4ª semana e $53,90 (\pm 13,47)$ na 8ª semana. O mesmo não se verificou no grupo controle, onde a média aumentou na 4ª semana, mas depois diminuiu na 8ª semana. Não se identificou significância estatística no efeito da meditação para a qualidade de vida. Quanto às queixas apontadas por grupo, observou-se uma diminuição significativa da insônia, da 4ª semana ($\chi^2=11,25$; $p = 0,004$) para a 8ª semana de prática ($\chi^2=11,53$; $p = 0,009$). **Conclusão:** Conclui-se que a hipótese alternativa desta pesquisa é parcialmente verdadeira, ou seja, o efeito da meditação apresentou significância estatística em relação à ansiedade estado, mas não para a qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero, comparado ao grupo controle. Assim, a meditação é uma prática integrativa complementar que auxilia na diminuição da ansiedade de seus praticantes. Sendo de fácil acesso, baixo custo e que pode ser utilizada por qualquer pessoa ou profissional da saúde, podendo a enfermagem utilizá-la em sua prática de cuidados.

Descritores: Meditação. Ansiedade. Qualidade de vida. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT

Introduction: Sexual and gender minorities are discriminated, which contributes to social exclusion and with vulnerability to their mental health and suffering, reflecting on the development of mental disorders, such as generalized anxiety disorder and impaired quality of life. In this context, it is perceived that actions aimed at this population are necessary, such as meditation, which acts to complement the care practices. **Objective:** To evaluate of meditation effect in anxiety and quality of life in sexual and gender minorities. **Method:** This is a prospective, controlled, parallel, open, with two arms randomized clinical trial, on the breath meditation effect in anxiety and quality of life in sexual and gender minorities students from the Federal University of Alagoas (FUAL). The sample was calculated in 50 people, 25 per group. Of these, 23 individuals participated in the experimental group, who received meditation intervention for 8 weeks, being a weekly meeting of 30min, with three meditation blocks of 10min each. In addition, this group received a meditation notebook so that it could perform daily practices of 20min in their home. The control group consisted of 19 people, also accompanied for 8 weeks, but who did not suffer exposure to any intervention. The following data collection instruments were used: Identification questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) questionnaire and MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview – Version 7.0.2). Descriptive analyses used absolute and relative frequency, mean and standard deviation. The bivariate analysis used Pearson's Chi-Square Test (χ^2) and Pearson correlation, t-test and ANOVA. It was considered 95% confidence level and p value < 0.05 . This study was approved by the Research Ethics Committee (REC) of FUAL, according to the Consent-Made Authorization Opinion under the number 2.826.905, registered and approved in the ReBEC Platform (Brazilian Registry of Clinical Trials), under the registration number RBR-3bskgt. **Results:** It was identified that there was a decrease in the mean of the STAI-State, when comparing the pre-test (51.87 ± 10.20) with the 4th week (42.70 ± 12.85) and the 8th week (41.12 ± 14.02) in the experimental group. There was a significant reduction in STAI-State from the initial phase for the 4 weeks of meditation ($p = 0.015$). The same was observed in the STAI-Trait mean in the experimental group, with a mean of $58.65 (\pm 7.90)$ in the pre-test, 4th week $54.17 (\pm 11.30)$ and 8th week $51.25 (\pm 12.83)$. In the overall quality of life, there was an increase in its mean from pre-test until the completion of the follow-up in the experimental group, being $48.91 (\pm 19.18)$ in the pre-test, $49.45 (\pm 19.02)$ in the 4th week and $53.90 (\pm 13.47)$ in the 8th week. The same was not verified in the control group, where the average increased in the 4th week, but then decreased in the 8th week. No statistical significance was identified in the meditation effect on quality of life. Regarding the complaints pointed out per group, there was a significant decrease in insomnia, from the 4th week ($\chi^2=11.25$; $p = 0.004$) for the 8th week of practice ($\chi^2=11.53$; $p = 0.009$). **Conclusion:** It is concluded that the alternative hypothesis of this research is partially true, that is, the meditation effect presented statistical significance in relation to state anxiety, but not for quality of life in sexual and gender minorities, compared to the control group. Thus, meditation is a complementary integrative practice that helps in reducing the anxiety. Being easily accessible, low cost and can be used by any person or health professional, and nursing can use it in their care practice.

Keywords: Meditation. Anxiety. Quality of life. Sexual and Gender Minorities.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência de minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas do grupo geral por sexo, faixa etária, trabalho, orientação sexual, identidade de gênero e raça/cor da pele, Brasil - 2019	41
Tabela 2 -	Revelação de orientação sexual, experiência, proveniência e consequências de rejeição social sofrida por minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil - 2019	42
Tabela 3 -	Queixas apontadas por minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil - 2019	42
Tabela 4 -	Transtornos mentais em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil - 2019	44
Tabela 5 -	Frequência de minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas por grupo de acordo com o sexo, faixa etária, trabalho, orientação sexual, identidade de gênero e raça/cor da pele, Brasil - 2019	45
Tabela 6 -	Revelação da orientação sexual, experiência, proveniência e consequências de rejeição social sofrida por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil - 2019	46
Tabela 7 -	Queixas apontadas por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil - 2019	48
Tabela 8 -	Transtornos mentais por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas de acordo com o MINI, Brasil - 2019	51
Tabela 9 -	Classificação do IDATE-E e IDATE-T por grupo no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil - 2019	52
Tabela 10 -	Média e desvio padrão dos escores IDATE-E e IDATE-T por grupo no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil - 2019	53
Tabela 11 -	Média e desvio padrão de qualidade de vida por grupo de acordo com os domínios e qualidade de vida geral no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil - 2019	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
AL - Alagoas;
APA – American Psychiatric Association;
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa;
CID – Classificação Internacional de Doenças;
CNS – Conselho Nacional de Saúde;
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais;
EENF - Escola de Enfermagem;
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana;
IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado;
IDATE-E – Inventário de Ansiedade Estado;
IDATE-T – Inventário de Ansiedade Traço;
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais;
MINI - International Neuropsychiatric Interview;
MS – Ministério da Saúde;
NEAB – Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros;
OMS – Organização Mundial da Saúde;
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica;
PIC – Práticas Integrativas e Complementares;
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial;
ReBEC – Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos;
RUA – Residência Universitária Alagoana;
SPSS – Statistical Package for Social Science;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada;
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
TDM – Transtorno Depressivo Maior;
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático;
UFAL – Universidade Federal de Alagoas;
UNCISAL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas;

WHO – World Health Organization;

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivo.....	18
1.1.1	Objetivo geral.....	18
1.1.2	Objetivos específicos.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Minorias sexuais e de gênero.....	19
2.2	Ansiedade.....	21
2.3	Qualidade de vida.....	23
2.4	Meditação como estratégia de cuidado em saúde mental.....	24
3	METODOLOGIA	27
3.1	Tipo de estudo.....	27
3.2	Local da Pesquisa.....	27
3.3	População.....	28
3.3.1	Amostra e amostragem.....	28
3.3.2	Critérios de inclusão.....	28
3.3.3	Critérios de exclusão.....	29
3.4	Coleta de dados.....	29
3.4.1	Planejamento e Operacionalização para a coleta de dados.....	29
3.4.2	Randomização.....	31
3.4.3	Técnica de cegamento.....	32
3.4.4	Instrumentos para a coleta de dados.....	32
3.5	Variáveis.....	35
3.5.1	Variáveis dependentes.....	35
3.5.2	Variáveis independentes.....	35
3.5.3	Variáveis de confundimento.....	36
3.6	Sistematização dos dados.....	37
3.7	Procedimento para análise dos dados.....	37
3.8	Análise dos dados.....	37
3.9	Aspectos éticos.....	38
4	RESULTADOS	40

5	DISCUSSÃO	56
6	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	73
	APÊNDICE B – Questionário de identificação.....	75
	ANEXO A - Inventário De Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	77
	ANEXO B – Questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref).....	80
	ANEXO C – MINI International Neuropsychiatric Interview 7.0.2	84
	ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	86
	ANEXO E – Registro da Pesquisa na Plataforma ReBEC	87

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é resultado da articulação entre a pós-graduação e a graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus A. C. Simões, por meio do projeto de extensão do Núcleo de Estudos Afro-brasileiros (Neab) intitulado de “A influência da prática da meditação com foco na respiração nos sinais e sintomas de ansiedade em LGBT’s afrodescendentes” e do projeto de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), que teve como título “A influência da prática da meditação com foco na respiração nos sinais e sintomas de ansiedade na população LGBT”.

O interesse pela temática surgiu por meio de vivências práticas durante a residência de enfermagem em psiquiatria e saúde mental, nas quais se pôde observar quão presente se faz o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e acompanhar, ainda que de forma muito sutil, grupos de meditação em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Maceió, Alagoas. Assim, pôde-se identificar a meditação como uma forma de propor estratégias de cuidado direcionadas às minorias sexuais e de gênero que fossem além da terapêutica medicamentosa.

As minorias sexuais e de gênero, grupo composto por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)¹ são alvo de discriminação (Ex.: homofobias, lesbofobia, transfobia), o que contribui com a exclusão social e com grande associação à vulnerabilidade à sua saúde e ao sofrimento (BRASIL, 2013).

Pertencer a este grupo traz uma intensa sobrecarga a esses indivíduos, pelo fato do estigma presente na sociedade, tornando-os propensos ao adoecimento mental e prejudicando sua qualidade de vida (ALBUQUERQUE et al., 2013). Isso repercute diretamente no prejuízo do desempenho das atividades diárias e no sofrimento do indivíduo. Diante disso, observa-se a necessidade de uma maior atenção à saúde dessa população, de forma que sejam elaboradas estratégias de prevenção de riscos e promoção da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Assumir para a sociedade a orientação sexual ocasiona uma maior propensão destes indivíduos ao desrespeito e à discriminação, devido ao fato das pessoas associarem equivocadamente o ser LGBT à doença, ao desvio, ao crime e à oposição (DAVI; BRUNS, 2015). Por outro lado, vê-se que a não revelação da real orientação sexual e o intenso esforço em ocultá-la pode também repercutir no desenvolvimento de transtornos mentais (CEARÁ; DALGALARRONDO, 2010).

¹ Foi adotada, nesta dissertação, a sigla LGBT utilizada pelo Ministério da Saúde.

A dúvida sobre a reação das pessoas e, principalmente, dos familiares causa intensa angústia, pois há o receio de envergonhá-los, decepcioná-los e até mesmo da expulsão de seu domicílio (GOMES; REIS; KURASHIGE, 2013). Esta pessoa, por medo da repressão e rejeição, passa a viver de acordo com as normas impostas, buscando satisfazer apenas os anseios dos outros, o que causa intenso sofrimento e interfere diretamente no autoconhecimento, na sua saúde, na qualidade de vida e em suas relações pessoais (ZAKABI, 2014).

Isso se torna ainda mais preocupante pelo fato dessa população estar bastante distante dos serviços de saúde, em virtude do preconceito e exclusão social, o que a torna ainda mais vulnerável (ALBUQUERQUE et al., 2013). Ausência de respeito, gentileza e de acolhimento no atendimento a esses indivíduos se fazem presentes, o que fragiliza a prática do cuidar (BITTENCOURT; FONSECA; SEGUNDO, 2014).

A violência psicológica, como humilhação, cobrança por mudança de comportamento e rejeição repercute no isolamento do convívio social, na tristeza, baixa autoestima, insônia e no desenvolvimento de transtornos mentais, como o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno depressivo maior, pensamentos e atos suicidas nessa população (ALBUQUERQUE et al., 2016; CEARÁ; DALGALARRONDO, 2010; CHAKRABORTY et al., 2011).

Estima-se que 264 milhões de pessoas apresentam transtornos de ansiedade no mundo (WHO, 2017) e dentre eles, o TAG, sendo este caracterizado por uma preocupação intensa e persistente, redução de desempenho de atividades, nervos à “flor da pele”, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão e sono irregular (APA, 2014).

Além disso, ao comparar-se aos heterossexuais, a população LGBT apresenta maior estimativa de adoecimento por transtornos mentais e, dentre estes, o TAG, conforme se observou em um estudo populacional realizado no Estocolmo. Este identificou uma diferença na proporção de mulheres pertencentes a minorias sexuais e de gênero com ansiedade, sendo de 7,3% entre as lésbicas e 12,8% entre as bissexuais; enquanto que, nas mulheres heterossexuais, a proporção era de 4,6%. Já para os homens, a proporção de TAG foi de 6,4% entre os gays e 5,9% os bissexuais; enquanto que, nos homens heterossexuais, a proporção foi de 2,9% (BJÖRKENSTAM, 2017).

Por sua vez, diante dos enfrentamentos das minorias sexuais e de gênero, sua qualidade de vida também pode ser prejudicada. Esta que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), diz respeito à percepção do indivíduo acerca das diversas áreas de sua vida e que tem um amplo conceito, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, de relações sociais e independência, crenças e o ambiente em que se habita (WHO, 1998).

Existem alguns instrumentos legais que têm o objetivo de proteger e promover os Direitos Humanos das minorias sexuais e de gênero, como a Lei nº 4.677, de 23 de novembro de 1997, que estabelece sanções às práticas discriminatórias à livre orientação sexual na forma em que menciona e dá outras providências (BRASIL, 2016). Mesmo com essas iniciativas, a efetivação das mesmas ainda se configura como desafiadora. Isso se deve à contextualização histórica do preconceito e da discriminação a esse grupo (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Existem dados alarmantes de violências homofóbicas cometidas no Brasil, sendo, no ano de 2013, notificados 5,22 casos por dia, nos quais a violência psicológica (40,1%) e a discriminação (36,4%) ocuparam as primeiras colocações. Dentre as violações psicológicas, encontraram-se a humilhação (36,4%), as hostilizações (32,3%) e as ameaças (16,2%) (BRASIL, 2016).

Consequências desses quadros de violência e preconceito oriundos de indivíduos e até de instituições são a violação dos direitos humanos e a vitimização da população LGBT (BRASIL, 2016). Tudo isso, somado ao cotidiano estressante e de cobranças que a vida proporciona, ocasiona grande prejuízo em seu bem-estar biopsicossocial.

Há diversas formas de se enfrentar o problema em questão, sendo necessárias, além de outras, ações de cuidado voltadas às minorias sexuais e de gênero. A utilização das práticas integrativas e complementares como forma de cuidado em saúde mental vem crescendo e pode ser eficaz na amenização dos sintomas de ansiedade e melhora da qualidade de vida de seus praticantes.

A meditação, por exemplo, atua no sentido de complementar as práticas destinadas ao cuidado, proporcionando uma troca entre os sistemas de saúde (NASCIMENTO et al., 2013). Trata-se de uma estratégia de cuidado na qual a pessoa se concentra, gradativamente, no seu eu interior, de forma que haja um esvaziamento de tudo o que o impede de se desligar daquilo que está ao seu redor (BAPTISTA, 2002). A utilização de uma técnica de meditação com as minorias sexuais e de gênero pode proporcionar relaxamento muscular, repercutindo na melhoria da saúde de forma geral e da saúde mental (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009a).

Dessa forma, este estudo se justifica pelo fato das minorias sexuais e de gênero serem uma população vulnerável ao adoecimento mental e deste estudo poder contribuir com a prática de enfermeiros e demais profissionais em saúde mental, com a utilização de tecnologias leves² como a meditação, para possível melhora da ansiedade e qualidade de vida de seus praticantes.

² Segundo Merhy (2002), o termo “tecnologia leve” refere-se à tecnologia das relações entre o ser que cuida e aquele que é cuidado, favorecendo o vínculo e o acolhimento.

Sendo assim, o objeto deste estudo é a meditação e seu efeito na ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero. Cabe a este estudo responder à seguinte questão: **“Qual o efeito da meditação na ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero?”**.

Este estudo tem como hipóteses:

H0: $\mu_1 = \mu_2$ = O efeito da meditação apresenta igualdade estatística em relação à ansiedade e qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero comparado ao grupo controle.

H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ = O efeito da meditação apresenta diferença estatística em relação à ansiedade e qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero comparado ao grupo controle.

1.1 Objetivo

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o efeito da meditação na ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Campus A. C. Simões quanto ao sexo, idade, faixa etária, orientação sexual, identidade de gênero, cor da pele, trabalho, vivência, proveniência e consequências de repressão social e queixas;
- Verificar a presença de transtornos mentais e o nível de ansiedade e qualidade de vida em discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Campus A. C. Simões.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Elegeram-se os seguintes temas principais a serem abordados na revisão de literatura desta dissertação: “Minorias sexuais e de gênero” e suas vulnerabilidades, como o adoecimento por transtornos mentais como a “Ansiedade”, “Qualidade de vida” prejudicada e a “Meditação como estratégia de cuidado em saúde mental” como forma de se aprofundar a discussão acerca do que se adotou como objeto deste estudo.

2.1 Minorias sexuais e de gênero

No que fiz respeito às questões de gênero, pouco se conhece sobre sua origem e história. O que se sabe é que, em torno do ano de 1950, o termo foi introduzido pela primeira vez na ciência por um psicólogo chamado John Money, o qual identificou que nem sempre vai haver relação entre a anatomia sexual de uma pessoa e sua identidade de gênero. Ou seja, existem homens e mulheres que compõem a humanidade, mas a forma de ser homem e de ser mulher é resultado de um contexto cultural (BRASIL, 2009a; ARAÚJO; PENNA, 2014; LATTANZIO; RIBEIRO, 2018).

Falar sobre sexualidade é discutir muito além do âmbito reprodutivo e biológico, de forma a abranger todo o contexto da afetuosidade e prazer, os valores morais e os costumes sociais (BRASIL, 2018). Ou seja, vai muito além da descrição de um corpo com suas características sexuais, sendo a sexualidade, portanto, aquilo que faz existir determinado corpo, no contexto da cultura e da linguagem (LOURO, 2007). Há diferenças entre os conceitos de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, sendo descritas logo adiante.

O gênero se relaciona ao sexo biológico, nomeando-se de gênero feminino e gênero masculino. Porém, as ciências sociais e a psicologia adicionaram, ainda ao termo, o sentido de que o gênero pode ser entendido como uma forma que diferencia socialmente os indivíduos, sendo mutáveis os padrões atribuídos aos homens e mulheres de acordo com os aspectos histórico-culturais (BRASIL, 2018a).

Dessa forma, deve-se pensar no termo “gênero” como aquele que constitui um indivíduo em um contexto plural, este que é influenciado não somente de acordo com a sociedade e o momento histórico, mas também com os diversos grupos que a formam, como grupos étnicos, religiosos, raciais e de classe (LOURO, 1997).

O conceito de identidade de gênero diz respeito a como um indivíduo se percebe e se identifica, não necessariamente, condizente com o seu sexo ou orientação sexual (ARAÚJO;

PENNA, 2014). Os tipos de identidade de gênero são: cisgênero (quando a pessoa se identifica com o gênero igual ao sexo que nasceu); transgênero (quando o indivíduo se identifica com o gênero diferente do sexo que nasceu) e não-binário (quando o indivíduo não se identifica e não se sente pertencente a nenhum gênero) (BRASIL, 2018a). Vale salientar que as identidades de gênero não são estáticas ou pré-estabelecidas em determinado momento da vida do indivíduo, ou seja, estas estão sempre se construindo e se transformando ao longo do tempo (LOURO, 1997).

Compreende-se por orientação sexual a capacidade de cada indivíduo ter atração emocional, afetiva ou sexual por outro de gênero diferente, igual ou de mais de um gênero (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2019). Quanto à orientação sexual, um indivíduo pode ser homossexual quando sente atração pelo mesmo sexo; heterossexual quando se atrai pelo sexo oposto; bissexual quando sente atração por ambos os sexos; assexual quando não sente atração por nenhum sexo e pansexual aqueles que se sentem atraídos por pessoas, independentemente, de sua identidade de gênero ou sexo biológico (CARDOSO, 2008; BRASIL, 2018a).

Os movimentos e a elaboração de políticas direcionadas às minorias sexuais e de gênero, no Brasil, são muito recentes e, somente na década de 1980, que vieram a acontecer algumas iniciativas voltadas aos gays ainda muito sutis, apenas no que diz respeito ao controle de doenças, como o HIV/Aids. No decorrer do tempo, foram criados alguns grupos que incorporavam outras identidades sexuais e de gênero que ganhavam força e reivindicavam por direitos e políticas públicas voltadas para a população LGBT (BRASIL, 2013).

No ano de 2000, foi criado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas e o Programa Nacional de Direitos Humanos, na sua terceira versão (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Em 2002, na segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos, foram elaboradas estratégias e ações que trataram sobre a garantia dos direitos à igualdade e à liberdade de expressão a esse público, como o conhecimento de situações de violência, bem como atividades de prevenção à violência e seu combate, a capacitação de profissionais das diferentes áreas, a criação de órgãos especializados no atendimento para situações de violência sofrida por LGBT's, ações educativas quanto à livre orientação sexual, o apoio a pesquisas e estudos, dentre outras (BRASIL, 2002). Outras ações foram se agrupando, como o Brasil Sem Homofobia, em 2004, tendo como princípios a não-discriminação por orientação sexual, promoção de direitos humanos de LGBT e o combate à violência (BRASIL, 2004).

Na I Conferência Nacional de LGBT, houve grande mobilização do governo e da sociedade civil no debate sobre os princípios da Política LGBT (BRASIL, 2013). Em 2011, a

Portaria nº 2.836 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, tendo como objetivo geral promover a saúde integral desse público, contribuindo com a diminuição da desigualdade e atenção integral, universal e equitativa (BRASIL, 2011).

Logo após, foi feito um plano operativo 2012-2015 da Política Nacional de Saúde, no qual foram traçadas estratégias que norteariam as gestões federal, estadual e municipal no enfrentamento das desigualdades em saúde. Os eixos propostos foram os seguintes: Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (BRASIL, 2013).

Mesmo com o objetivo dessas políticas públicas serem o de promover a dignidade humana, a igualdade e a liberdade da população LGBT, as mesmas se mantêm frágeis devido ao estigma proveniente de todo o contexto histórico. Ao contrário do desejado, o que se manifesta é uma sociedade desigual, violenta e singular (RESADORI; RIOS, 2018; COUTO; OSWALD; POCAHY, 2018). Aqueles que não condizem com os padrões heteronormativos impostos pelo ser humano são vítimas de fobias, o que repercute em intenso sofrimento, indignação e humilhação (COUTO; OSWALD; POCAHY, 2018).

Estes são denominados “os diferentes” pela sociedade, tendo sempre como referência o homem branco, heterossexual e de classe média. Diante disso, o que se observa é a restrição de direitos, privilégios sociais a determinados indivíduos, o acesso à educação na perspectiva total da heteronormatividade e a dificuldade até mesmo de acesso aos serviços de saúde (LOURO, 2011).

Além disso, estes indivíduos são ignorados e suas vozes são desvalorizadas e, dessa forma, há uma restrição imposta pela sociedade pela falta de aceitação e de tolerância dos ditos “diferentes”. Então, ao invés de considerar a diversidade sexual como algo que se faz presente, constituindo o período histórico, esta é ainda considerada como um problema (LOURO, 2019).

Considerando que as minorias sexuais e de gênero são bastante vulneráveis, as mesmas podem ter comprometimentos em sua saúde mental, sendo acometidas pela ansiedade e por uma qualidade de vida prejudicada. Para maiores esclarecimentos sobre os possíveis comprometimentos à sua saúde mental, serão descritos a seguir alguns aspectos relativos à ansiedade e qualidade de vida.

2.2 Ansiedade

A ansiedade faz parte do contexto de vida do ser humano e proporciona adaptação e autopreservação, pois é ela que oferece alerta para se afastar de locais que possam ser perigosos e até mesmo para agir diante das diversas situações enfrentadas. Porém, a partir do momento em que a mesma prejudica o indivíduo, tornando-se patológica, é necessário o tratamento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; CROCQ, 2015).

Esse transtorno passou a fazer parte da lista de classificações psiquiátricas a partir do século XX, mas há registros antigos de médicos e filósofos greco-romanos de que a ansiedade já era identificada nesse período (CROCQ, 2015). A palavra “ansiedade” vem do latim *angor*, derivada do alemão, que significa constrição, sendo considerada sinônimo de angústia. Isso diz respeito aos sintomas da ansiedade, em que o indivíduo ansioso apresenta angústia e preocupação intensa (CROCQ, 2015).

A ansiedade pode ser decorrente das crescentes cobranças e sobrecargas diárias e, dessa forma, tanto a mente, quanto o corpo respondem gerando tensão, pois estes são inseparáveis e únicos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; OSHO, 2018). No que diz respeito à etiologia, a ansiedade possui diversos fatores associados, como os genéticos, bioquímicos, neuroanatômicos, psicológicos, condições clínicas e relacionadas a experiências vivenciadas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; VIDEBACK, 2012).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os transtornos de ansiedade podem ocasionar medo e ansiedade exagerados em relação ao que se apresenta na realidade e estes persistem durante o decorrer do tempo, geralmente, por seis meses ou mais (APA, 2014).

Os transtornos de ansiedade, de acordo com o DSM-V, apresentam-se da seguinte forma: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica, Outro Transtorno de Ansiedade Especificado, Transtorno de Ansiedade Não Especificado e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (APA, 2014).

Este último é caracterizado por sintomas psicológicos, a saber intensa ansiedade e preocupação sobre diversos aspectos da vida, como o trabalho e os estudos, acompanhados de dificuldade de controle dessas preocupações (APA, 2014).

Seus sintomas podem ser de leves a graves e, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), 3,6% da população mundial sofre com os transtornos de ansiedade e estes acometem mais as mulheres (4,6%) do que os homens (2,6%). Ao acompanhar a prevalência de ansiedade no ano de 2015, confrontando-se ao de 2005, houve um aumento de 14,9% de pessoas com

ansiedade no mundo. Além disso, o Brasil apresentou os maiores índices de pessoas com transtornos de ansiedade dentre os países das Américas (WHO, 2017).

Um estudo realizado na região Sul do Brasil, com um número amostral de 1.953 adultos jovens, que teve como objetivo avaliar a prevalência de transtornos de ansiedade em uma amostra de base populacional e seus fatores associados, identificou que parcela da população estudada apresentava transtornos de ansiedade (536 - 27,4%). Quando os transtornos foram avaliados de forma individual, a agorafobia³ (350 - 17,9%) ocupou a primeira posição e o TAG (278 - 14,3%) a segunda (COSTA et al., 2019).

Costa et al. (2019) verificaram ainda que indivíduos do sexo feminino, com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, com histórico de doenças crônicas, tabagistas e etilistas apresentaram maior chance de desenvolvimento de ansiedade.

Estudo com minorias sexuais realizado por Paveltchuk e Borsa (2019), no Brasil, identificou diferença estatística entre grupos LGBT's, sendo as lésbicas e os bissexuais os mais acometidos pela ansiedade, encontrando correlação entre a homofobia vivenciada e o desenvolvimento de transtornos mentais.

Porém, observa-se que, mesmo com altas taxas de ansiedade, poucos procuram o devido tratamento, o que repercute na piora dos sinais e sintomas do transtorno e, conseqüentemente, na qualidade de vida do indivíduo (VASCONCELOS et al., 2015).

2.3 Qualidade de vida

Existe uma indefinição do que, de fato, é a qualidade de vida, pois alguns autores associam o termo somente à satisfação com a vida e outros a um conjunto de componentes que, juntos, trariam sua conceituação real (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O conceito mais completo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste na satisfação que cada indivíduo apresenta acerca dos diversos aspectos de sua vida, inseridos na cultura, nos valores, objetivos, perspectivas e preocupações (WHOQOL, 1994). Tem caráter subjetivo e multidimensional (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O sentido se aproxima ao grau de satisfação com a relação familiar, amorosa, social, ambiental e existencial e sofre influência do período histórico, da cultura e da classe social em que determinado ser se encontra (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Há uma grande relação

³ De acordo com o DSM-V, na agorafobia, há medo ou ansiedade ao utilizar transporte público, ao estar em espaços abertos ou fechados, em uma fila ou no meio de uma multidão ou fora de casa sozinho, na qual o indivíduo evita estas situações ou somente as enfrenta quando acompanhado por outra pessoa.

entre as expressões qualidade de vida e saúde, porém, estas não são idênticas devido ao fato de que cada uma possui suas particularidades (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A expressão qualidade de vida é bem mais abrangente e sofre influência de diversos fatores enfrentados pelos indivíduos, como a dor, energia e fadiga, sono e descanso, sentimentos positivos e negativos, memória, concentração, autoestima, aparência, mobilidade e atividades de vida diária, dependência de medicamentos ou tratamentos, capacidade para o trabalho, relações pessoais, suporte social, atividade sexual, segurança física, ambiente físico e doméstico, recursos financeiros, acesso ao atendimento à saúde e ao transporte, a oportunidade de adquirir informações, oportunidades de lazer e religião (WHO, 1998).

A efetivação de uma boa qualidade de vida tem sido objetivo das estratégias das Políticas Públicas voltadas às diversidades sociais e particularidades como a raça, etnia, gênero, orientação sexual, crença e cultura, como abordado na 13^a Conferência Nacional de Saúde com o tema Saúde e Qualidade de Vida (BRASIL, 2009b).

Pessoas pertencentes a minorias sexuais e de gênero possuem alguns dos fatores que interferem diretamente na piora da qualidade de vida, como a presença de sentimentos negativos como o medo e a ansiedade, a fragilização do suporte social e da autoestima devido ao estigma e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (FRANCISCO et al., 2017).

Soma-se ainda que, aqueles que suprem suas necessidades humanas mínimas, como alimentação, habitação, estudos, trabalho, saúde e lazer e que proporcionam o conforto e o bem-estar possuem sua qualidade de vida melhorada, mas, diante da conjuntura social presente, como o desemprego, a violência e a própria exclusão social, há uma interferência negativa na qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O objetivo de melhorar a qualidade de vida tem um papel essencial na promoção da saúde e prevenção de doenças físicas e psicológicas (WHO, 1998). A população LGBT, em meio à repressão, negação, angústias enfrentadas, discriminação, ausência de acolhimento e supressão de sua presença nos serviços de saúde, possui sua qualidade de vida prejudicada (FRANCISCO et al., 2017; SILVA et al., 2017). Nesse sentido, é de fundamental importância que se volte o olhar para estes indivíduos e sejam criadas estratégias de cuidado à sua saúde, sendo uma delas a meditação.

2.4 Meditação como estratégia de cuidado em saúde mental

No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), que estimulam a prevenção e a recuperação da saúde e proporcionam a escuta, criação de vínculos e integração

do ser humano com todo o meio que o rodeia, passaram a se fazer presentes no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, integrada às tecnologias da medicina ocidental moderna. Suas práticas são divididas em corporais, orientação alimentar, uso de plantas medicinais e práticas mentais (BRASIL, 2006).

A meditação só passou a fazer parte da lista destas práticas ofertadas pelo SUS a partir da publicação da Portaria GM nº 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017). Esta, de acordo com o Ministério da Saúde, é definida como uma prática oriunda da medicina tradicional chinesa, na qual se exercita a concentração em si mesmo e tem o objetivo de proporcionar o equilíbrio entre o corpo, a mente e o mundo ao redor (BRASIL, 2018b).

Teve origem no Oriente, porém, a partir da década de 60, passou a ser praticada no Ocidente, por trazer resultados bastante positivos em diversos aspectos da vida dos praticantes (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009b). Essa prática possui uma multiplicidade de tipos, porém, todas as técnicas possuem o objetivo em comum de proporcionar ao ser humano uma estratégia promissora de cuidado (PRUDENTE, 2014).

Suas principais técnicas são a concentrativa e a mindfulness. Na técnica de meditação mindfulness, o indivíduo recebe todos os estímulos e pensamentos, mantendo a atenção neles sem analisá-los. Já na concentrativa, o indivíduo deve focar em determinada atividade, como um som, uma imagem, um mantra ou a própria respiração, sendo esta bastante utilizada no budismo e na yoga (CAHN; POLICH, 2006).

Essas iniciativas de cuidado rompem com a antiga prática tecnicista e fragmentada, priorizam a promoção do bem-estar e da saúde e estimulam o autocuidado e o fortalecimento de vínculos, com o olhar para o ser humano voltado para a sua totalidade (JÚNIOR, 2016).

Além disso, diante da vivência diária com as cobranças, o barulho e a correria, a utilização de uma técnica de meditação permite o silêncio e a quietude (OSHO, 2018), na qual a pessoa se faz protagonista em todo o processo, valendo-se de um foco denominado âncora e pode ser utilizada com intuito terapêutico, havendo a possibilidade de proporcionar relaxamento muscular e mental (MENEZES, DELL'AGLIO, 2009a).

Por meio dela, é possível que o praticante deixe seu corpo livre e proporcione a si mesmo um olhar para o próprio interior, permitindo o alívio das tensões do corpo e da mente. É quase que inevitável que os pensamentos não fluam durante sua prática, porém, é necessário que, da mesma forma que eles surgem, o praticante os deixe ir embora, sem julgamentos, esvaziando-se de tudo o que está ao redor (OSHO, 2018).

Durante a prática da meditação, os indivíduos devem se manter imóveis, com coluna ereta. A posição das pernas pode ser a de lótus, ou seja, pés com as plantas voltadas para cima sobre as coxas. Porém, é importante que se posicione da forma mais confortável possível. Os olhos fitam à frente e o olhar permanece sob um ângulo de 45°. As pálpebras podem ficar completamente abertas ou parcialmente fechadas. O queixo fica recolhido. Dessa forma, há menos opções para a mente se distrair. A segunda etapa consiste na técnica de respiração, na qual o indivíduo inspirará e expirará serena e silenciosamente. A respiração é abdominal. O terceiro aspecto é a mente, que vai focar na respiração e na experiência da serenidade, repousando tranquilamente (SAMTEN, 2001).

A utilização desta PIC vem crescendo em todo o mundo, porém, ainda existem diversas lacunas nas evidências acerca da eficácia na vida de seus praticantes, tanto no que diz respeito a sintomas físicos como também psicológicos (NOGUCHI, 2015; SALHOFER et al., 2016). Em adição a isso, pouco se pesquisa sobre meditação no Brasil e o número das publicações na enfermagem ainda é pequeno (ESPER; GNATTA; SILVA, 2016).

Revisão de literatura que incluiu oito estudos, com o objetivo de avaliar os benefícios de intervenções que trabalham a mente e o corpo durante a gravidez, como a meditação, identificou que essas práticas diminuíram os níveis de ansiedade tanto no trabalho de parto como também no pós-parto (MARC et al., 2011).

Uma revisão sistemática que discutiu sobre o uso de PIC, como a meditação, com pacientes diagnosticadas com câncer de mama identificou seus efeitos positivos na ansiedade, depressão, dor, qualidade de vida e do sono (GREENLEE et al., 2017).

Outra pesquisa que objetivou avaliar a eficácia de um programa de meditação direcionado a estudantes de graduação teve como resultado a melhora significativa de ansiedade, depressão, resiliência e autocompaixão quando se compararam os grupos experimental e o controle (DEMARZZO et al., 2017).

Sendo assim, diante de tantos fatores que predispõem ao adoecimento mental das minorias sexuais e de gênero e que repercutem diretamente no seu desempenho diário, é importante que seja colocado em prática o cuidado à sua saúde por meio da meditação, de forma que se contribua com a recuperação e a manutenção da saúde mental e da qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado de natureza prospectiva, controlado, paralelo, aberto, com dois braços sobre o efeito da meditação com foco na respiração na ansiedade e qualidade de vida em discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

O ensaio clínico randomizado é um tipo de estudo experimental que tem como objetivo avaliar o efeito de determinada intervenção na saúde. É considerado o meio mais eficaz para o alcance de evidências na prática clínica e, para desenvolvê-lo, é necessário que o pesquisador planeje e intervenha ativamente durante todo o desenvolvimento do estudo (SOUZA, 2009; OLIVEIRA; VELARDE; SÁ, 2015).

Estudos prospectivos são aqueles que acompanham os participantes da pesquisa a partir do presente para o futuro (FLETCHER; FLETCHER, 2006). Controlado pelo fato de haver a comparação dos resultados entre grupos, nesse caso, grupo experimental e grupo controle (HOCHMAN et al., 2005). Paralelo pelo fato de cada grupo - experimental e controle - ser acompanhado em paralelo, ou seja, simultaneamente, sendo o grupo experimental o que recebe a intervenção (HOCHMAN et al., 2005; PANNUTI et al., 2011; NEDEL; SILVEIRA, 2016). Denomina-se aberto por, neste estudo, não haver mascaramento, isto é, tanto o pesquisador como os participantes da pesquisa souberam em qual grupo os participantes estavam alocados (PANNUTI et al., 2011). Com dois braços por, neste estudo, haver dois grupos (um experimental e um controle) sendo comparados (PANNUTI et al., 2011).

3.2 Local da Pesquisa

Para a realização da pesquisa, foi escolhida a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus A. C. Simões, instituição pública e gratuita localizada na Av. Lourival Melo Mota - Tabuleiro do Martins, Maceió – AL, onde existem cerca de 26 mil alunos matriculados nos cursos de graduação e, aproximadamente, 2.312 alunos dos programas de pós-graduação⁴. A intervenção foi feita na Residência Universitária Alagoana (RUA) e em uma sala de aula da Escola de Enfermagem da UFAL.

⁴ Fonte: < <https://ufal.br/ufal/institucional/apresentacao>>.

3.3 População

A população do estudo foi composta por discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero da UFAL, na cidade de Maceió - AL.

3.3.1 Amostra e amostragem

O cálculo amostral foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com tamanho de efeito grande (0,80), nível de significância de 5% e poder de 80%, o que determinou uma amostra de 50 pessoas (25 do grupo experimental e 25 no grupo controle), com base em um ensaio clínico randomizado que utilizou a prática de meditação por 8 semanas, em estudantes de enfermagem de uma Universidade da Coreia do Sul (SONG; LINDQUIST, 2015). O tamanho da amostra foi calculado no programa G*power 3.1.

Para o recrutamento inicial, a priori, foram conseguidos alguns contatos por meio de alunas do curso de enfermagem, para convidar pessoas que se encaixavam nesse perfil a participarem do estudo. As entrevistas foram feitas mediante agendamento telefônico, para rastreio de minorias sexuais e de gênero com ansiedade. A partir das entrevistas, sempre era solicitado aos entrevistados que indicassem outras pessoas que estudavam na UFAL e que pertenciam a minorias sexuais e de gênero que pudessem também participar da pesquisa. Essa técnica de amostragem não probabilística snowball ou bola de neve surgiu para auxiliar na coleta de dados de populações de difícil acesso, de forma que a amostra vai crescendo à medida que os entrevistados indicam outras pessoas que, possivelmente, farão parte da pesquisa (HECKATHORN; CAMERON, 2017).

Já para a divisão dos grupos experimental e controle, foi utilizado o método de amostragem aleatória simples por meio de sorteio, processo de seleção randômico com cada elemento que tem a mesma chance de ser selecionado (PEREIRA, 2003). As pessoas positivas para o rastreio da ansiedade eram sorteadas para participar do grupo experimental (meditação) ou do controle (sem intervenção).

3.3.2 Critérios de inclusão

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser discente da UFAL e pertencer a minorias sexuais e de gênero;

- Apresentar ansiedade, mediante MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview).

3.3.3 Critério de exclusão

- Indivíduos com efeito de substâncias psicoativas ou em fase aguda de alucinação.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2018 a setembro de 2019, na Universidade Federal de Alagoas, Campus A. C. Simões. Era realizada no dia e horário disponível do participante da pesquisa, de segunda a sexta, nos turnos da manhã e da tarde, mediante agendamento prévio, via contato telefônico. A entrevista acontecia no bloco do curso a que o participante pertencia ou na Escola de Enfermagem, sempre em um local em que se sentissem à vontade para responder as perguntas, garantindo assim, sua privacidade e sigilo das informações.

3.4.1 Planejamento e operacionalização para a coleta de dados

No período de junho a setembro de 2018, realizaram-se grupos de estudos com o intuito de aproximação de cinco acadêmicas de enfermagem (três bolsistas e duas colaboradoras) com a proposta do estudo, mediados pela pesquisadora responsável, especialista em Psiquiatria e Saúde Mental pelo Programa de Residência de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), cujos temas foram: “Transtorno de Ansiedade Generalizada”, “Políticas Públicas voltadas à população LGBT”, “Identidade de Gênero e Orientação Sexual”, “Práticas Integrativas e Complementares” e “Meditação”, com discussão sobre artigos relacionados à pesquisa, sendo o último tema abordado de forma teórica e prática.

Terminada essa etapa, no mês de outubro de 2018, a pesquisadora responsável realizou ainda treinamento/capacitação das mesmas para posterior aplicação dos questionários a serem utilizados na coleta de dados. Cada um dos instrumentos era lido e explicado parte por parte e após isso cada colaboradora aplicava os mesmos umas nas outras, além de treinarem em seu domicílio com pessoas conhecidas. Além disso, nesse mesmo período, a pesquisadora responsável (que já havia feito um curso teórico-prático sobre meditação na cidade de Maceió-AL), realizou a capacitação das discentes de enfermagem para a aplicação da meditação, esta

que foi facilitada posteriormente no grupo experimental tanto pela pesquisadora responsável, como também pelas alunas bolsistas e colaboradoras da pesquisa.

Foram afixados folders de divulgação do projeto nos murais de todas as unidades acadêmicas da UFAL, bem como foi feita divulgação em redes sociais para aproximação com o público-alvo. Em novembro de 2018, iniciaram-se as entrevistas para rastreamento de ansiedade nesta população. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, os participantes eram instruídos quanto aos objetivos do estudo e a contribuição do mesmo para o meio acadêmico, seus riscos e benefícios, garantindo a confidencialidade e o sigilo. Após isso, os discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero manifestavam sua aquiescência em participar desta pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Após sorteio e divisão dos grupos experimental (exposto à meditação) e controle (não exposto a nenhuma intervenção), entre dezembro de 2018 e setembro de 2019, aconteceram os encontros para a prática da meditação, de terça a sexta-feira, após a formação de grupos que frequentavam uma vez por semana por 8 semanas, em dia à sua escolha e melhor disponibilidade, tendo duração de 30 minutos cada, com três blocos de 10 minutos de meditação com foco na respiração podendo ocorrer na Residência Universitária ou numa sala de aula da Escola de Enfermagem da UFAL.

Esse período de acompanhamento foi baseado em diversos estudos que vêm sendo realizados utilizando a prática da meditação por um período de 8 semanas (OMIDI et al., 2013; JAZAIERI et al., 2012; ESTRADA; GARCÍA-VEJA; PÉREZ-ESPINOSA, 2016; CARRERES-PONSODA et al., 2017). Acrescenta-se ainda que alguns deles são realizados por meio de práticas semanais de duração com média de 30 minutos (GALLEGO et al., 2016).

Para a avaliação do efeito da meditação na ansiedade e qualidade de vida, foram comparados os grupos experimental e controle em 2 momentos: primeiro momento (na quarta semana de prática de meditação) e segundo momento (na oitava semana de prática de meditação). Nesses dois momentos, os dois grupos preenchiam questionários que avaliavam o nível de ansiedade e o de qualidade de vida para serem comparados por meio de análise estatística.

3.4.2 Randomização

A randomização foi feita mediante sorteio, no qual, para cada participante que apresentava ansiedade mediante o questionário Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), retirava-se um papel que definia se ele participaria do grupo experimental ou controle. Cada papel tinha escrito “com meditação” ou “sem meditação”, a fim de garantir a randomização sem interferência dos pesquisadores. Foram randomizadas 30 pessoas para o grupo experimental, das quais 23 foram expostas ao programa de meditação por 8 semanas. No grupo controle, 25 pessoas foram randomizadas, estas que não foram expostas à meditação. Destas, 19 pessoas concluíram o preenchimento dos instrumentos (Figura 1).

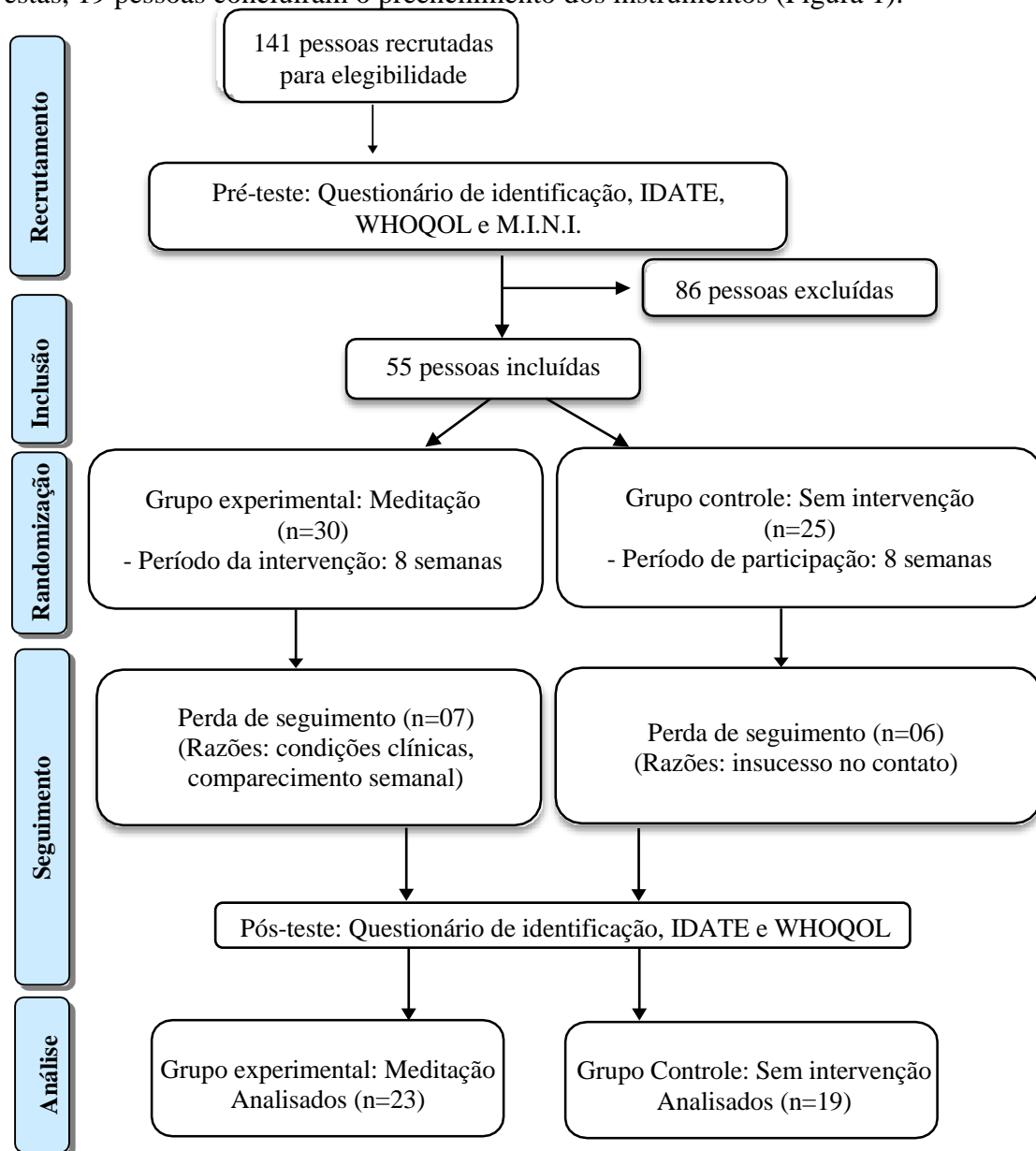


Figura 1. Fluxograma do estudo

3.4.3 Técnica de cegamento

A forma como o estudo foi conduzido não permitiu que o mesmo fosse duplo-cego, no qual tanto o pesquisador como os participantes não sabiam a qual dos dois grupos pertenceriam, mas o pesquisador analisador dos dados foi cegado durante a análise estatística, não sabendo quem pertencia a qual grupo, de forma a evitar análises tendenciosas.

3.4.4 Instrumentos para a coleta de dados

Os seguintes instrumentos foram utilizados durante a coleta de dados: Questionário de Identificação (APÊNDICE C), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO A), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) (ANEXO B) e o Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 7.0.2) (ANEXO C).

- **Questionário de Identificação (APÊNDICE C)**

Questionário adaptado para esta pesquisa, por meio do qual foram investigados os seguintes dados: nome e iniciais, curso, bairro, cidade, telefone, idade, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, cor, trabalho, acorda cansado, tem insônia, tem dificuldade de concentração, apresenta impaciência, tem dor de cabeça, tem dificuldade em lidar com pessoas lentas, tem sofrimento por antecipação, tem irritabilidade, realiza atividade física, faz uso de medicação, faz acompanhamento psicológico, vivenciou episódio estressante no último mês, relevou orientação sexual para alguém e para quem, experiência de reprovação social e advinda de quem, o quanto a reprovação o deixou deprimido e ansioso. Apesar desse questionário não ser validado, durante todo o processo de construção e coleta, foram realizados testes de coerência e foram feitas adaptações necessárias (APÊNDICE B);

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO A)**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado foi baseado no estudo de Spielberger que diferenciou a ansiedade entre traço e estado. A Ansiedade Traço é definida como aquela proveniente das próprias características individuais, ou seja, determinado indivíduo, diante de uma situação adversa, já possui tendência própria a reagir com nível mais elevado de ansiedade;

enquanto que a Ansiedade Estado é caracterizada por um estado de ansiedade passageiro diante de uma situação que possa ocasionar tensão e ameaça (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977).

Esse inventário é composto por duas escalas (IDATE-Traço e IDATE-Estado) autoaplicáveis que contêm 20 questionamentos cada, sobre como determinado indivíduo se sente e foi traduzido para mais de 20 línguas e, dentre elas, o português, o que explica sua ampla utilização em diversos países e contextos, desde a pesquisa até a prática clínica (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977).

De acordo com cada pergunta, o participante assinalará no IDATE-Traço (IDATE-T) uma das quatro respostas, de acordo com o que sente geralmente, sendo elas: 1. Quase nunca, 2. Às vezes, 3. Frequentemente e 4. Quase sempre. Já no IDATE-Estado (IDATE-E), o indivíduo apontará uma das seguintes respostas, de acordo com o que está sentindo naquele momento: 1. Absolutamente não, 2. Um pouco, 3. Bastante e 4. MUITÍSSIMO (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977).

Na avaliação do IDATE, são atribuídas algumas pontuações a cada pergunta, que variam de 1 a 4. Os valores dos questionamentos de caráter positivo são invertidos, ou seja, se o indivíduo respondeu o 1, atribui-se valor 4; se respondeu 4, atribui-se valor 1; se respondeu 2, atribui-se valor 3; se respondeu 3, atribui-se valor 2. Os valores de questionamentos de caráter negativos são mantidos. Cada uma das subescalas (IDATE-T e IDATE-E) possui amplitude que varia entre 20 até 80 (FERREIRA et al., 2009).

Quanto aos escores, classifica-se a ansiedade em baixa, moderada e alta, sendo eles: ansiedade alta: ≥ 75 , ansiedade moderada: entre 25 e 75 e ansiedade baixa: < 25 (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1977; MARANETS; KAIN, 1999).

- **World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) (ANEXO B)**

O WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100 que foi traduzida para o português por Fleck et al. (1999), elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo composta de 26 questões nas quais avaliam a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além de questionamentos que avaliam a qualidade de vida de forma geral, bem como o grau de satisfação com a saúde.

O domínio 1 (físico) diz respeito a questionamentos sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou

tratamentos e capacidade para o trabalho. O domínio 2 (psicológico) contempla os sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio 3 (relações sociais) trata sobre as relações pessoais, suporte social e atividade sexual e o domínio 4 (meio ambiente) sobre transporte, segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (WHO, 1998; FLECK et al., 1999; FERREIRA et al., 2017).

O WHOQOL é um questionário autoaplicável para aqueles participantes que souberem ler. Caso contrário, ele pode ser assistido pelo pesquisador responsável. Seus questionamentos são sempre em relação às duas últimas semanas vivenciadas pelo entrevistado. As pontuações de cada domínio do WHOQOL estão numa escala que varia de 0 a 100, de forma que pontuações mais altas indicam uma melhor qualidade de vida (WHO, 1998).

- **Tradução Validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 7.0.2)*** (ANEXO C)

O Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) é uma entrevista estruturada diagnóstica que foi desenvolvida por psiquiatras e clínicos dos Estados Unidos e da Europa, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV (DSM-IV) e com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), com o objetivo de se realizar um rastreio dos transtornos mentais nos entrevistados e de ser utilizado em pesquisas e na prática clínica (SHEEHAN et al., 1998). Sua versão mais atual explora os principais transtornos mentais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (DSM-5) e da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (MINI, 2016).

Esse questionário estruturado validado no Brasil pode ser respondido com uma duração entre 15 e 30 minutos, após um treinamento rápido de uma a três horas realizado pela pesquisadora responsável e já treinada para tal. É organizado em módulos, os quais contêm um transtorno mental diagnóstico em cada, totalizando 17 diagnósticos psiquiátricos. Para diminuir o tempo de duração da entrevista, as respostas são dicotômicas, apenas respondidas entre “sim” e “não”. Está disponível nas versões online e também pode ser impresso para ser aplicado (AMORIM, 2000; PETERSON et al., 2018).

O MINI 7.0.2 Versão Brasileira está dividido em 17 módulos, identificados por letras, correspondentes às categorias diagnósticas do DSM-V: A) Episódio Depressivo Maior e Transtorno Depressivo Maior, B) Suicidalidade e Transtorno de Comportamento Suicida, C) Episódio Maníaco, Episódio Hipomaníaco, Transtorno Bipolar Tipo I, Transtorno Bipolar Tipo I com Sintomas Psicóticos, Transtorno Bipolar Tipo II, Outro Transtorno Bipolar Especificado e Transtorno Associado, D) Transtorno de Pânico, E) Agorafobia, F) Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), G) Transtorno Obsessivo-Compulsivo, H) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, I) Transtorno por Uso de Álcool, J) Transtorno por Uso de Substâncias (Não Alcoólicas), K) Qualquer Transtorno Psicótico, Transtorno Depressivo Maior com Sintomas Psicóticos, Transtorno Bipolar Tipo I com Sintomas Psicóticos, L) Anorexia Nervosa, M) Bulimia Nervosa, MB) Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, N) Transtorno de Ansiedade Generalizada, O) Causas Médicas, Orgânicas ou Induzidas por Substâncias/Medicamentos Descartadas, P) Transtorno da Personalidade Antissocial (MINI, 2016).

3.5 Variáveis

Este estudo considerou variáveis dependentes, independentes e de confundimento para investigação:

3.5.1 Variáveis dependentes

- Meditação: classificada em com meditação (grupo experimental) e sem meditação (grupo controle);
- Ansiedade: classificada conforme intensidade (ansiedade baixa, moderada e alta) e classificada conforme média de ansiedade;
- Qualidade de vida: classificada conforme média de qualidade de vida.

3.5.2 Variáveis independentes

- Variáveis dos 17 módulos dos transtornos mentais identificadas mediante a aplicação do Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 7.0.2), classificadas em possui (sim) ou não possui (não);

- Variáveis relacionadas ao perfil dos discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero, bem como às queixas, revelação de sua orientação sexual, reprovação social, sua proveniência e consequências:

- Sexo: classificada em feminino e masculino;
- Orientação sexual: classificada em heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual e assexual;
- Identidade de gênero: classificada em transgênero, cisgênero e não-binário;
- Cor da pele: classificada em pardo, branco, negro e amarelo;
- Idade em anos completos: classificada por média de idade;
- Faixa etária: dividida em: 18 – 19, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49;
- Trabalha: classificada em trabalha (sim) e não trabalha (não);
- Acorda cansado: classificada em sim e não;
- Tem insônia: classificada em sim, não e às vezes;
- Tem dificuldade de concentração: classificada em sim, não e às vezes;
- Apresenta impaciência: classificada em sim, não e às vezes;
- Tem dor de cabeça: classificada em sim, não e às vezes;
- Tem dificuldade em lidar com pessoas lentas: classificada em sim, não e às vezes;
- Tem sofrimento por antecipação: classificada em sim, não e às vezes;
- Tem irritabilidade: classificada em sim, não e às vezes;
- Revelou orientação sexual para alguém: classificada em sim e não;
- Experiência de reprovação sexual: classificada em sim e não;
- Proveniência das reprovações sociais: classificada em da família, amigos, pessoas desconhecidas, colegas de trabalho, colegas da faculdade e outros;
- Nível de ansiedade pelo fato da reprovação social: classificada em nada, pouco, bastante e muitíssimo;
- Nível de depressão pelo fato da reprovação social: classificada em nada, pouco, bastante e muitíssimo.

3.5.3 Variáveis de confundimento

- Tratamento medicamentoso: classificada em sim ou não;
- Atividade física: classificada em sim ou não;
- Acompanhamento psicológico: classificada em sim ou não;

- Vivência de episódio estressante no último mês: classificada em sim ou não.

3.6 Sistematização dos dados

Os dados foram coletados, no momento inicial, por meio de entrevista face a face com o público-alvo da pesquisa. Durante o acompanhamento dos grupos experimental e controle na 4ª semana e na 8ª semana, o grupo experimental preencheu os questionários presencialmente, enquanto que o grupo controle respondeu os mesmos questionários, mas de forma online. Em seguida, as variáveis do estudo foram codificadas para o banco de dados do pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 20.0.

3.7 Procedimento para análise dos dados

Na análise descritiva, utilizaram-se as frequências absoluta e relativa e medidas de tendência central e de dispersão, sendo elas média e desvio padrão, respectivamente.

As análises inferenciais ocorreram por meio do Teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e correlação de Pearson, que verificou a correlação entre as variáveis categóricas. Para análise entre variáveis categóricas e contínuas, quanto ao efeito da meditação, foi utilizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Mann-Whitney para verificar a distribuição das variáveis e quais testes estatísticos deveriam ser utilizados. Dessa forma, foram utilizados os Teste t de Student e ANOVA. Ambos possibilitaram a comparação entre dois grupos independentes.

Foi considerada a significância de p valor $<0,05$ e todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

3.8 Análise dos dados

Os resultados obtidos a partir deste estudo foram analisados estatisticamente, de forma a identificar sua significância e, após, apresentados em tabelas. Em seguida, foi realizada a interpretação e a comparação com outros estudos que se referissem à meditação e seu efeito na ansiedade e qualidade de vida, bem como às minorias sexuais e de gênero e a vulnerabilidade a que são expostos.

Os resultados foram apresentados conforme as características das variáveis, sendo distribuídos da seguinte maneira:

1. Variáveis pessoais: sexo, orientação sexual, identidade de gênero, faixa etária, idade, raça/cor;
2. Variáveis profissionais: trabalho;
3. Variáveis sociais: reprovação social, proveniência da reprovação social e consequências da reprovação social;
4. Variáveis sobre condições de saúde: realização de tratamento, acompanhamento psicológico, presença de transtorno mental.

A apresentação das informações referentes ao efeito da meditação na ansiedade e na qualidade de vida foram agrupadas quanto à média de ansiedade e de qualidade de vida no acompanhamento durante as oito semanas de meditação no grupo experimental e controle.

3.9 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos conforme a Resolução n.º 466/2012 do Ministério da Saúde. Esta aborda as normas e diretrizes que regulam as pesquisas que envolvem seres humanos. Além disso, esta pesquisa seguiu os princípios da bioética, a saber a não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça, conforme a Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A coleta de dados somente deu-se início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, conforme o Parecer Consubstanciado de Autorização sob o número 2.826.905 (ANEXO D). Este estudo também foi registrado e aprovado na Plataforma ReBEC (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos), sob o número de registro RBR-3bskgt (ANEXO E).

Os participantes foram devidamente informados a respeito da pesquisa e, atendendo aos critérios de inclusão, manifestavam sua aquiescência em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra ficava de posse da pesquisadora responsável. Além disso, foram explicados aos participantes os riscos, benefícios, direitos e deveres durante a coleta de dados e informado que, a qualquer momento, os mesmos poderiam retirar o consentimento em participar do estudo, sem que isso lhes trouxesse nenhuma penalidade ou prejuízo.

Os riscos apresentados por esta pesquisa foram algum tipo de constrangimento e desconforto como cansaço, emoções e incômodo durante as entrevistas, haja vista a natureza das informações requeridas sobre experiências agradáveis ou não relativas à sua vida pessoal. A fim

de minimizar os riscos supracitados, a aplicação dos questionários foi realizada em local reservado para garantir a privacidade e sigilo do entrevistado.

Casos em que houve a necessidade de uma maior atenção tiveram a assistência da pesquisadora responsável, da orientadora e de profissionais da saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), além de terem sido realizados encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Maceió-AL pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os benefícios desta pesquisa foram o de contribuir com a ciência para a identificação dos sinais e sintomas de ansiedade na população LGBT, o conhecimento sobre como se encontrava sua qualidade de vida, de forma a subsidiar a elaboração de estratégias de cuidado destinadas a essa população, como a meditação, e a avaliação de seu efeito na ansiedade e na qualidade de vida. Pôde colaborar, ainda, com a literatura sobre a temática. A aproximação com esse público permitiu que se criassem momentos para que os mesmos pudessem expor suas inquietações. Além disso, a proposta da meditação, se confirmada a eficácia na redução da ansiedade e melhora da qualidade de vida como forma de cuidado em saúde mental, contribuirá com a promoção do bem-estar e melhor enfrentamento de situações inerentes à vida.

Por tudo, acrescenta-se que a confidencialidade e o sigilo sobre as informações dos participantes foram garantidos, mesmo após findada a coleta de dados e feita a divulgação dos resultados em eventos e revistas científicas.

4 RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados, por meio de tabelas, os resultados provenientes do grupo geral, referentes ao recrutamento/pré-teste, obtidos a partir do questionário de identificação e do Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI (Brazilian version 7.0.2).

Por conseguinte, serão expostos os resultados divididos por grupo (experimental e controle) no período de acompanhamento das oito semanas, tanto no que diz respeito aos dados gerais, quanto aos transtornos mentais mediante Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI (Brazilian version 7.0.2), IDATE e WHOQOL.

Por fim, serão identificados os resultados da correlação das variáveis dependentes e independentes que apresentaram p significativo mediante correlação de Pearson dos grupos experimental e controle desde o pré-teste até o acompanhamento (follow-up).

4.1 Dados referentes ao perfil do grupo geral, queixas, intervenções a que eram submetidos, experiência, proveniência de reprovação social e consequências à saúde mental dos discentes pertencentes a minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Foram realizadas 141 entrevistas com os discentes LGBT da UFAL utilizando um questionário de identificação, o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) e o WHOQOL (Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida Abreviado), sendo 64 (45,4%) do sexo feminino e 77 (54,6%) do sexo masculino, com média de idade de 21,90 (\pm 3,45) anos, tendo sua maioria (111 - 78,7%) faixa etária entre 20 a 29 anos e (108 - 76,6%) não trabalhavam (Tabela 1).

Quanto à orientação sexual, mais da metade 83 (58,9%) eram homossexuais, 50 (35,5%) eram bissexuais e 8 (5,8%) pansexuais. Quanto à identidade de gênero, 135 (95,7%) eram cisgênero, 2 (1,4%) eram transgênero e 4 (2,8%) não-binário. Quanto à cor da pele, 47 (33,3%) eram brancos, 42 (29,8%) eram pardos, 28 eram negros (19,8%), e 4 (2,8%) amarelos (Tabela 1). Agregando-se negros aos pardos, observaram-se 70 (49,6%) indivíduos ($\chi^2= 7,1$, $p= 0,004$, OR= 1,97).

Tabela 1. Frequência de minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas do grupo geral por sexo, faixa etária, trabalha, orientação sexual, identidade de gênero e cor da pele, Brasil - 2019.

Dados gerais	N= 141	%
Sexo		
Feminino	64	45,4
Masculino	77	54,6
Faixa Etária		
18-19	25	17,7
20-29	111	78,7
30-39	3	2,1
40-43	2	1,4
Trabalha		
Sim	33	23,4
Não	108	76,6
Orientação Sexual		
Homossexual	83	58,9
Bissexual	50	35,5
Pansexual	8	5,8
Identidade de Gênero		
Cisgênero	135	95,7
Transgênero	2	1,4
Não-binário	4	2,8
Cor da pele		
Branco	47	33,3
Pardo	42	29,8
Negro	28	19,8
Amarelo	4	2,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No que diz respeito à revelação da orientação sexual, a maioria (139 - 98,6%) mencionou que já revelou sua orientação sexual e, por pertencer às minorias sexuais e de gênero, (112 - 79,4%) já sofreram reprovação social, principalmente advinda da família (74 - 52,5%), seguida de pessoas desconhecidas (56 - 39,6%). A maioria respondeu que essa reprovação o deixou ansioso (46 - 32,6%) e deprimido (41 - 29,1%) (Tabela 2).

Tabela 2. Revelação de orientação sexual, experiência, proveniência e consequências de reprovação social sofrida por minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil – 2019.

Dados relativos a sexualidade	N = 141	%
Revelou orientação sexual		
Sim	139	98,6
Não	2	1,4
Experiência de reprovação social		
Sim	112	79,4
Não	29	27,6
Proveniência da reprovação social		
Família	74	52,5
Pessoas desconhecidas	56	39,6
Amigos	21	2,8
Colegas da faculdade	12	8,5
Colegas de trabalho	10	7,1
O quanto a reprovação o deixou ansioso		
Nada	3	2,1
Pouco	34	24,1
Bastante	46	32,6
Muitíssimo	29	20,6
O quanto a reprovação o deixou deprimido		
Nada	9	6,4
Pouco	32	22,7
Bastante	41	29,1
Muitíssimo	30	21,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Diante das queixas apontadas pelas minorias sexuais entrevistadas, destacou-se o acordar cansado (119 - 84,4%), sofrimento por antecipação (102 - 72,3%), impaciência (81 - 57,4%), dificuldade de concentração (76 - 53,9%), irritabilidade (72 - 44,1%) e dificuldade de lidar com pessoas lentas (67 - 47,5%). Vale destacar que, mesmo em meio ao adoecimento mental e diante de tantas queixas indicativas de ansiedade, a maioria dos entrevistados não fazia acompanhamento psicológico (114 - 80,9%) (Tabela 3).

Tabela 3. Queixas apontadas por minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil – 2019.

		(Continua)	
		N=141	%
Acorda cansado	Sim	119	84,4
	Não	21	14,9
	Sem resposta	1	0,7
Tem insônia	Sim	42	29,8

Tabela 3. Queixas apontadas por minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil – 2019.

		(Conclusão)	
		N=141	%
	Não	26	18,4
	Às vezes	58	41,1
	Sim	76	53,9
Dificuldade de concentração	Não	7	5
	Às vezes	58	41,1
	Sim	81	57,4
Apresenta impaciência	Não	12	8,5
	Às vezes	48	34
	Sim	50	35,5
Dor de cabeça	Não	22	15,6
	Às vezes	68	48,2
	Sem resposta	1	0,7
	Sim	67	47,5
Tem dificuldade de lidar com pessoas lentas	Não	24	17
	Às vezes	50	35,5
	Sim	102	72,3
Sofre por antecipação	Não	9	6,4
	Às vezes	29	20,6
	Sem resposta	1	0,7
	Sim	72	51,1
Irritabilidade	Não	5	3,5
	Às vezes	64	45,4
	Sim	46	32,6
Prática de atividade física	Não	95	67,4
	Sim	20	14,2
Uso de medicação	Não	121	85,8
	Sim	27	19,1
Acompanhamento psicológico	Não	114	80,9
	Sim	101	62,9
Vivenciou episódio estressante no último mês	Não	37	37,1
	Sem resposta	3	2,1
	Sim	101	62,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com o MINI, de 134 (95%) que possuíam algum tipo de transtorno mental, 89 (63,1%) apresentaram transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Além disso, do total de

entrevistados, 108 (76,6%) possuíam comorbidade psiquiátrica, ou seja, mais de um transtorno mental associado (Tabela 4).

Tabela 4. Transtornos mentais em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas de acordo com o MINI, Brasil – 2019.

TRANSTORNO MENTAL	N=141	%
Tem transtorno mental	134	95
Episódio Depressivo Maior Atual	21	14,9
Episódio Depressivo Maior Passado	28	19,9
Episódio Depressivo Maior Recorrente	69	48,9
Suicidalidade atual	53	37,6
Suicidalidade (Tentativa ao longo da vida)	34	24,1
Grau de suicidalidade leve	26	18,4
Grau de suicidalidade moderado	7	5
Grau de suicidalidade elevado	31	22
Transtorno de comportamento suicida atual	14	9,9
Transtorno de comportamento suicida em remissão recente	11	7,8
Episódio maníaco atual	7	5
Episódio maníaco passado	27	19,1
Episódio hipomaníaco passado	4	2,8
Transtorno bipolar tipo I atual	8	5,7
Transtorno bipolar tipo I passado	24	17
Transtorno bipolar tipo I com sintomas psicóticos passado	5	3,5
Transtorno bipolar tipo II passado	1	0,7
Transtorno do pânico atual	32	22,7
Transtorno do pânico ao longo da vida	41	29,1
Agorafobia	12	8,5
Transtorno de Ansiedade Social	12	8,6
Transtorno Obsessivo Compulsivo	20	14,2
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	7	5
Transtorno por uso de álcool	39	27,7
Transtorno por uso de substâncias	28	19,9
Qualquer transtorno psicótico ao longo da vida	5	3,5
Anorexia Nervosa	0	0
Bulimia Nervosa	2	1,4
Transtorno da compulsão alimentar periódica	1	0,7
Transtorno de Ansiedade Generalizada	89	63,1
Transtorno de Personalidade Antissocial	14	9,9
Comorbidade	108	76,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4.2 Dados referentes à divisão por grupos (experimental e controle) no período de acompanhamento de oito semanas

Ao analisar os dados por grupo, observou-se que a maioria era do sexo masculino (13 – 56,5%, experimental; 10 – 52,6%, controle). Quanto à faixa etária, a maioria tinha idade entre 20-29 anos (15 – 65,22%, experimental; 15 – 78,95%, controle). A maioria não trabalhava (15 – 65,2%, experimental; 16 – 84,2%, controle). Quanto à orientação sexual, a maioria era homossexual (12 – 52,2%, experimental; 13 – 68,4%, controle). No que diz respeito à identidade de gênero, a maioria era cisgênero no experimental (22 – 95,7%), enquanto que no controle todos eram cisgênero (19 – 100%). De acordo com a cor da pele, a maioria era branca no grupo experimental (9 – 39,1%) e, no grupo controle, (7 – 30,4%) eram brancos e (7 – 30,4%) eram pardos (Tabela 5), mas agregando-se negros e pardos, obtiveram-se (14 – 60,4%) no grupo experimental e (10 – 52,6%) no grupo controle.

Tabela 5. Frequência de minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas por grupo de acordo com o sexo, faixa etária, trabalha, orientação sexual, identidade de gênero e cor da pele, Brasil – 2019 (n=42).

(Continua)

Variáveis	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	10	43,5	9	47,4
Masculino	13	56,5	10	52,6
Faixa Etária				
18-19	7	30,43	4	21,05
20-29	15	65,22	15	78,95
30-39	1	4,35	0	0
40-43	0	0	0	0
Trabalha				
Sim	8	34,8	3	15,8
Não	15	65,2	16	84,2
Orientação Sexual				
Homossexual	12	52,2	13	68,4
Bissexual	9	39,1	6	31,6
Pansexual	2	8,7	0	0
Identidade de Gênero				
Cisgênero	22	95,7	19	100
Transgênero	0	0	0	0
Não-binário	1	4,3	0	0

Tabela 5. Frequência de minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas por grupo de acordo com o sexo, faixa etária, trabalho, orientação sexual, identidade de gênero e cor da pele, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	(Conclusão)			
	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
Cor da pele				
Branco	9	39,1	7	36,8
Pardo	7	30,4	7	36,8
Negro	7	30,4	3	15,8
Amarelo	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Analisou-se ainda que, em ambos os grupos, todos revelaram sua orientação sexual para alguém (23 – 100%, experimental; 19 – 100%, controle). Desses, a maioria sofreu reprovação social (17 – 73,9%, experimental; 15 – 78,9%, controle). No que diz respeito à proveniência da reprovação social, a maioria do grupo experimental sofreu reprovação da família (14 – 60,9%) e o grupo controle de pessoas desconhecidas (13 – 68,4%). Ambos os grupos tiveram consequências negativas devido a essa reprovação, deixando-os, em sua maioria, bastante ansiosos (10 – 43,5%, experimental; 9 – 47,4%, controle) e bastante deprimidos (9 – 39,1%, experimental; 8 – 42,1%, controle) (Tabela 6).

Tabela 6. Revelação de orientação sexual, experiência, proveniência e consequências de reprovação social sofrida por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	(Continua)			
	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
Revelou orientação sexual				
Sim	23	100	19	100
Não	0	0	0	0
Experiência de reprovação social				
Sim	17	73,9	15	78,9
Não	6	26,1	4	21,1
Proveniência da reprovação social				
Família	14	60,9	9	47,4
Pessoas desconhecidas	8	34,8	13	68,4
Amigos	6	26,1	2	10,5
Colegas da faculdade	2	8,7	3	15,8
Colegas de trabalho	1	4,3	1	5,3
Outros	3	13	1	5,3

Tabela 6. Revelação de orientação sexual, experiência, proveniência e consequências de reprovação social sofrida por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil – 2019 (n=42).

(Conclusão)

Variáveis	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
O quanto a reprovação o deixou ansioso				
Nada	0	0	1	5,3
Pouco	2	8,7	3	15,8
Bastante	10	43,5	9	47,4
Muitíssimo	5	21,7	2	10,5
Sem resposta	6	26,1	4	21,1
O quanto a reprovação o deixou deprimido				
Nada	0	0	1	5,3
Pouco	2	8,7	4	21,1
Bastante	9	39,1	8	42,1
Muitíssimo	6	26,1	2	10,5
Sem resposta	6	26,1	4	21,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto às queixas apontadas por grupo à medida em que a intervenção da meditação ia acontecendo, observou-se uma diminuição significativa da insônia, da 4ª semana ($\chi^2=11,25$; $p = 0,004$) para a 8ª semana de prática ($\chi^2=11,53$; $p = 0,009$). Não houve significância estatística nas demais queixas (Tabela 7).

Tabela 7. Queixas apontadas por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

(Continua)

Queixas	Pré-teste				4 semanas				8 semanas				
	Experimental		Controle		Experimental		Controle		Experimental		Controle		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acorda cansado	Sim	22	95,7	18	94,7	19	82,6	15	78,9	10	43,5	8	42,1
	Não	1	4,3	1	5,3	4	17,4	4	21,1	6	26,1	4	21,1
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	5	21,7	7	36,8
Tem insônia	Sim	10	43,5	5	26,3	6	26,1	11	57,9	4	17,4	4	21,1
	Não	4	17,4	4	21,1	7	30,4	8	42,1	3	13,0	8	42,1
	Às vezes	9	39,1	10	52,6	10	43,5	0	0	9	39,1	0	0
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	5	21,7	7	36,8
Dificuldade de concentração	Sim	13	56,5	8	42,1	15	65,2	7	36,8	8	34,8	5	26,3
	Não	0	0	2	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0
	Às vezes	10	43,5	9	47,4	8	34,8	11	57,9	8	34,8	7	36,8
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	1	5,3	7	30,4	7	36,8
Apresenta impaciência	Sim	14	60,9	12	63,2	12	52,2	7	36,8	8	34,8	4	21,1
	Não	1	4,3	0	0	1	4,3	3	15,8	1	4,3	1	5,3
	Às vezes	8	34,8	7	36,8	10	43,5	9	47,4	7	30,4	7	36,8
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8
Dor de cabeça	Sim	9	39,1	6	31,6	6	26,1	4	21,1	2	8,7	3	15,8
	Não	1	4,3	2	10,5	6	26,1	3	15,8	5	21,7	4	21,1
	Às vezes	13	56,5	11	57,9	11	47,8	12	63,2	9	39,1	5	26,3
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8

Tabela 7. Queixas apontadas por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas grupo no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

(Continua)

Queixas	Pré-teste				4 semanas				8 semanas				
	Experimental		Controle		Experimental		Controle		Experimental		Controle		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tem dificuldade de lidar com pessoas lentas	Sim	12	52,2	8	42,1	10	43,5	8	42,1	6	26,1	3	15,8
	Não	3	13,0	4	21,1	6	26,1	5	26,3	4	17,4	6	31,6
	Às vezes	8	34,8	7	36,8	7	30,4	6	31,6	6	26,1	3	15,8
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8
Sofre por antecipação	Sim	21	91,3	16	84,2	17	73,9	14	73,7	9	39,1	7	36,8
	Não	0	0	1	5,3	0	0	1	5,3	1	4,3	1	5,3
	Às vezes	2	8,7	2	10,5	6	26,1	4	21,1	6	26,1	4	21,1
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8
Irritabilidade	Sim	15	65,2	10	52,6	12	52,2	10	52,6	6	26,1	8	42,1
	Não	1	4,3	1	5,3	3	13,0	0	0	2	8,7	2	10,5
	Às vezes	7	30,4	8	42,1	8	34,8	9	47,4	8	34,8	2	10,5
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8
Prática de atividade física	Sim	6	26,1	7	36,8	7	30,4	6	31,6	4	17,4	4	21,1
	Não	17	73,9	12	63,2	16	69,6	13	68,4	12	52,2	8	42,1
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8
Uso de medicação	Sim	1	4,3	3	15,8	3	13,0	5	21,1	3	13,0	1	5,3
	Não	22	95,7	16	84,2	20	87,0	15	78,9	13	56,5	11	57,9
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,8

Tabela 7. Queixas apontadas por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas grupo no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

(Conclusão)

Queixas		Pré-teste				4 semanas				8 semanas			
		Experimental		Controle		Experimental		Controle		Experimental		Controle	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompanhamento psicológico	Sim	6	26,1	1	5,3	4	17,4	4	21,1	5	21,7	2	10,5
	Não	17	73,9	18	94,7	18	78,3	15	78,9	12	52,2	10	52,6
	Sem resposta	0	0	0	0	1	4,3	0	0	6	26,0	7	36,8
Vivenciou episódio estressante no último mês	Sim	17	73,9	14	73,7	9	39,1	10	52,6	10	43,5	5	26,3
	Não	6	26,1	5	26,3	13	56,5	9	47,4	7	30,4	7	36,8
	Sem resposta	0	0	0	0	1	4,3	0	0	6	26,0	7	36,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Mediante o MINI, observou-se que, após o TAG, o episódio depressivo maior recorrente ocupou a segunda posição tanto no grupo experimental (15 – 65,2%) quanto no grupo controle (9 – 47,4%). Vale destacar ainda a alta frequência de comorbidade psiquiátrica em ambos os grupos (22 – 95,7%, experimental; 18 – 94,7%, controle) (Tabela 8).

Tabela 8. Transtornos mentais por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas de acordo com o MINI, Brasil – 2019 (n=42).

(Continua)

TRANSTORNO MENTAL	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
Tem transtorno mental	23	100	19	100
Episódio Depressivo Maior Atual	3	13	2	10,5
Episódio Depressivo Maior Passado	3	13	5	26,2
Episódio Depressivo Maior Recorrente	15	65,2	9	47,4
Transtorno Depressivo Maior Atual	3	13	2	10,5
Transtorno Depressivo Maior Passado	2	8,7	3	15,8
Transtorno Depressivo Maior Recorrente	12	52,2	7	36,8
Suicidalidade atual	8	34,8	3	15,8
Suicidalidade (Tentativa ao longo da vida)	9	39,1	1	5,3
Grau de suicidalidade leve	4	17,4	1	5,3
Grau de suicidalidade moderado	0	0	0	0
Grau de suicidalidade elevado	8	34,8	2	10,5
Transtorno de comportamento suicida atual	2	8,7	0	0
Transtorno de comportamento suicida em remissão recente	4	17,4	0	0
Episódio maníaco atual	1	4,3	2	10,5
Episódio maníaco passado	3	13	3	15,8
Episódio hipomaníaco passado	0	0	0	0
Transtorno bipolar tipo I atual	1	4,3	2	10,5
Transtorno bipolar tipo I passado	3	13	1	5,3
Transtorno bipolar tipo I com sintomas psicóticos passado	0	0	0	0
Transtorno bipolar tipo II passado	0	0	0	0
Transtorno do pânico atual	8	34,8	4	21,1
Transtorno do pânico ao longo da vida	10	43,5	5	26,3
Agorafobia	4	17,4	3	15,8
Transtorno de Ansiedade Social	3	13	2	10,5
Transtorno Obsessivo Compulsivo	5	21,7	1	5,3
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	2	8,7	1	5,3
Transtorno por uso de álcool	8	34,8	5	26,2
Transtorno por uso de substâncias	6	26,1	1	5,3
Qualquer transtorno psicótico ao longo da vida	0	0	0	0

Tabela 8. Transtornos mentais por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas de acordo com o MINI, Brasil – 2019 (n=42).

TRANSTORNO MENTAL	(Conclusão)			
	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
Anorexia Nervosa	0	0	0	0
Bulimia Nervosa	0	0	0	0
Transtorno da compulsão alimentar periódica	0	0	0	0
Transtorno de Ansiedade Generalizada	23	100	19	100
Transtorno de Personalidade Antissocial	2	8,7	2	10,5
Comorbidade	22	95,7	18	94,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto à classificação do IDATE, identificou-se que houve uma diminuição da quantidade de participantes na meditação com ansiedade estado e traço, ambas classificadas como moderadas ao longo da prática (Tabela 9).

Tabela 9. Classificação do IDATE-E e IDATE-T por grupo no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Pré-teste				4 semanas				8 semanas			
	Experimental		Controle		Experimental		Controle		Experimental		Controle	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Classificação IDATE-E												
Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moderada	22	95,7	19	100	23	100	19	100	15	65,2	12	63,2
Alta	1	4,3	0	0	0	0	0	0	1	4,3	0	0
Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	7	36,9
Classificação IDATE-T												
Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,3
Moderada	23	100	19	100	22	95,7	19	100	15	65,2	10	52,6
Alta	0	0	0	0	1	4,3	0	0	1	4,3	1	5,3
Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	7	30,4	6	31,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto à classificação do IDATE, identificou-se que houve uma diminuição das médias do IDATE-Estado, ao se comparar o pré-teste ($51,87 \pm 10,20$) com a 4ª semana ($42,70 \pm 12,85$) e a 8ª semana ($41,12 \pm 14,02$) no grupo experimental. O mesmo se observou nas médias do IDATE-Traço do grupo experimental, comparando o pré-teste $58,65 (\pm 7,90)$, 4ª semana $54,17 (\pm 11,30)$ e 8ª semana $51,25 (\pm 12,83)$. Por meio da aplicação do teste t de Student, observou-se que houve significância estatística da ansiedade estado entre a fase inicial e a 4ª semana de

meditação ($F=6,434$; $p = 0,015$), ou seja, houve melhora significativa da ansiedade entre a fase inicial e a 4ª semana da prática de meditação (Tabela 10).

Tabela 10. Média e desvio padrão dos Escores IDATE-E e IDATE-T por grupo no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Experimental			Controle			Valor ρ
	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	
Escore IDATE-E							
Pré-teste	51,87 (\pm 10,20)	36	76	49,16 (\pm 7,61)	26	60	0,23 ^t
4 semanas	42,70 (\pm 12,85)	25	74	43,11 (\pm 7,20)	30	60	0,015 ^{t*}
8 semanas	41,12 (\pm 14,02)	25	78	46,42 (\pm 11,28)	35	74	0,302 ^t
Escore IDATE-T							
Pré-teste	58,65 (\pm 7,90)	42	73	57,32 (\pm 6,92)	48	73	0,661 ^t
4 semanas	54,17 (\pm 11,30)	35	77	52,63 (\pm 11,34)	36	72	0,555 ^t
8 semanas	51,25 (\pm 12,83)	33	86	55,50 (\pm 12,66)	34	76	0,921 ^t

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

^tTeste t de Student; * $p < 0,05$

Quanto às médias de qualidade de vida, o domínio físico foi o que obteve menor média, tanto no grupo experimental como no controle. Já para a qualidade de vida geral, houve um aumento de sua média desde o pré-teste até a finalização do acompanhamento no grupo experimental, sendo 48,91 (\pm 19,18) no pré-teste, 49,45 (\pm 19,02) na 4ª semana e 53,90 (\pm 13,47) na 8ª semana. O mesmo não se verificou no grupo controle, onde a média aumentou na 4ª semana, mas depois diminuiu na 8ª semana. Não se identificou significância estatística no efeito da meditação para a qualidade de vida (Tabela 11).

Tabela 11. Média e desvio padrão de qualidade de vida por grupo de acordo com domínios e qualidade de vida geral no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Experimental			Controle		
	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo
(Continua)						
Domínio Físico						
Pré-teste	25,62 (\pm 13,98)	3,57	53,57	33,08 (\pm 16,66)	0	67,86
4 semanas	35,09 (\pm 18,26)	3,57	64,29	34,39 (\pm 15,98)	3,57	71,43
8 semanas	37,94 (\pm 20,15)	0	64,29	34,82 (\pm 21,75)	-10,71	67,86
Domínio Psicológico						
Pré-teste	44,02 (\pm 13,34)	20,83	70,83	49,78 (\pm 12,14)	25,00	75,00
4 semanas	54,89 (\pm 15,82)	29,17	83,33	64,25 (\pm 14,52)	41,67	83,33
8 semanas	57,29 (\pm 16,90)	16,67	79,17	60,07 (\pm 16,89)	29,17	83,33
Domínio Relações Sociais						
Pré-teste	56,15 (\pm 17,62)	16,67	83,33	60,08 (\pm 18,75)	33,33	91,67
4 semanas	60,86 (\pm 20,47)	8,33	91,67	53,94 (\pm 22,63)	8,33	91,67
8 semanas	60,41 (\pm 21,19)	25,00	91,67	46,52 (\pm 26,69)	0	83,33

Tabela 11. Média e desvio padrão de qualidade de vida por grupo de acordo com domínios e qualidade de vida geral no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Experimental			Controle			(Conclusão)
	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	
Domínio Meio Ambiente							
Pré-teste	46,60 (\pm 15,30)	9,38	75,00	47,53 (\pm 10,75)	21,88	68,75	
4 semanas	48,64 (\pm 16,20)	9,38	81,25	51,48 (\pm 13,51)	12,50	65,63	
8 semanas	50,78 (\pm 11,77)	25,00	71,88	51,04 (\pm 17,39)	9,38	81,25	
Qualidade de Vida Geral							
Pré-teste	48,91 (\pm 19,18)	12,50	87,50	46,71 (\pm 18,08)	12,50	75,00	
4 semanas	49,45 (\pm 19,02)	12,50	75,00	54,60 (\pm 19,63)	25,00	87,50	
8 semanas	53,90 (\pm 13,47)	37,50	75,00	47,91 (\pm 26,02)	0	75,00	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4.3 Correlação das variáveis dependentes e independentes que apresentaram ρ significativo mediante correlação de Pearson dos grupos experimental e controle desde o pré-teste até o acompanhamento das 8 semanas (follow-up)

4.3.1 Correlação grupo experimental

Existe uma correlação entre estar cansado e ter insônia ($r= 0.717$, $\rho= 0,000$), impaciência ($r= 0.682$, $\rho= 0,001$), dor de cabeça ($r= 0.716$, $\rho= 0,000$), sofrimento por antecipação ($r= 0.738$, $\rho= 0,000$) e irritabilidade ($r= 0.612$, $\rho= 0,003$), em 8 semanas de meditação o grupo experimental.

Existe uma correlação negativa entre o sexo ($r= -0,478$, $\rho= 0,021$) e positiva na orientação sexual ($r= 0.468$, $\rho= 0,024$) com a rejeição social sofrida pela população LGBT, no grupo experimental.

Existe uma correlação entre estar cansado ($r= 0.854$, $\rho= 0,000$) e trabalhar ($r= 0.761$, $\rho= 0,000$) com apresentar ansiedade estado, em 8 semanas de meditação no grupo experimental. Também foi encontrada uma correlação entre estar cansado ($r= 0.854$, $\rho= 0,000$), trabalhar ($r= 0.761$, $\rho= 0,000$) e apresentar ansiedade traço com 8 semanas de meditação no grupo experimental.

Existe uma correlação entre ter insônia ($r= 0.554$, $\rho= 0,009$), dificuldade de concentração nas aulas ($r= 0.642$, $\rho= 0,002$) e estar impaciente ($r= 0.678$, $\rho= 0,001$) com dor de cabeça, em 8 semanas de meditação no grupo experimental.

Existe uma correlação entre irritabilidade ($r= 0.568$, $\rho= 0,005$) e ter dificuldade em lidar com pessoas lentas ($r= 0.471$, $\rho= 0,031$) com estar impaciente, em 8 semanas de meditação no grupo experimental.

Existe uma correlação entre ter insônia ($r= 0.630$, $\rho= 0,002$), dificuldade de concentração nas aulas ($r= 0.553$, $\rho= 0,009$) e impaciência ($r= 0.439$, $\rho= 0,047$) com ter sofrimento por antecipação, em 8 semanas de meditação no grupo experimental.

Existe uma correlação entre ter insônia ($r= 0.745$, $\rho= 0,000$), apresentar dificuldade de concentração nas aulas ($r= 0.722$, $\rho= 0,000$) e impaciência ($r= 0.742$, $\rho= 0,000$) com ansiedade traço, em 8 semanas de meditação, no grupo experimental.

4.3.2 Correlação grupo controle

Existe correlação negativa entre sexo ($r= - 0,544$, $\rho= 0,016$) e positiva entre orientação sexual ($r= 0.482$, $\rho= 0,036$) e o sofrimento por reprovação social no grupo controle.

Existe uma correlação entre estar cansado ($r= 0.469$, $\rho= 0,043$) e ter insônia ($r= 0.464$, $\rho= 0,046$) com dificuldade de concentração nas aulas, em 4 semanas de acompanhamento no grupo controle.

Existe correlação entre dificuldade de lidar com pessoas lentas ($r= 0,783$, $\rho= 0,000$), sofrimento por antecipação ($r= 0.932$, $\rho= 0,000$), ter dificuldade de concentração nas aulas ($r= 0.745$, $\rho= 0,000$), estar impaciente ($r= 0.790$, $\rho= 0,000$) e irritabilidade ($r= 0.810$, $\rho= 0,000$) com acordar cansado, em 8 semanas de acompanhamento no grupo controle.

Existe correlação entre dificuldade de lidar com pessoas lentas ($r= 0,780$, $\rho= 0,000$), sofrimento por antecipação ($r= 0.820$, $\rho= 0,000$) e irritabilidade ($r= 0.848$, $\rho= 0,000$) com a insônia, em 8 semanas de acompanhamento no grupo controle.

Existe correlação entre dificuldade de lidar com pessoas lentas ($r= 0,853$, $\rho= 0,000$), sofrimento por antecipação ($r= 0.815$, $\rho= 0,000$) e irritabilidade ($r= 0.884$, $\rho= 0,000$) com ansiedade estado, em 8 semanas de acompanhamento no grupo controle.

Existe correlação entre trabalhar ($r= 0.889$, $\rho= 0,000$), dificuldade de lidar com pessoas lentas ($r= 0,905$, $\rho= 0,000$), sofrimento por antecipação ($r= 0.768$, $\rho= 0,000$) e irritabilidade ($r= 0.833$, $\rho= 0,000$) com ansiedade traço em 8 semanas de acompanhamento no grupo controle.

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram a redução significativa dos níveis de ansiedade estado da fase inicial para as 4 semanas de meditação em pessoas pertencentes a minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Campus A. C. Simões que receberam as intervenções de meditação. Enquanto para a qualidade de vida não houve diferença estatística.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, este estudo identificou uma maior frequência do sexo masculino com TAG, o que vai de encontro com Who (2017), que afirma que os transtornos de ansiedade são mais comuns em mulheres do que em homens. Who (2017) estima ainda que 7,7% da população feminina apresente ansiedade, enquanto que, para os homens, a estimativa é de 3,6%.

Quanto à idade, na presente pesquisa, as faixas etárias mais presentes foram entre 20-29 anos tanto no grupo geral quanto no experimental e controle. Tal fato pode ter acontecido devido à pesquisa ter sido realizada em uma universidade, local em que se encontram estudantes mais jovens com mais frequência. Diante disso, o que se identifica é que estes indivíduos estão adoecendo precocemente, visto a alta frequência de transtornos mentais (134 - 95%) entre a população geral estudada e nos grupos experimental (23 - 100%) e controle (19 - 100%) e, mais especificamente, do TAG tanto no grupo geral (89 - 63,1%) como também nos grupos experimental (23 - 100%) e controle (19 - 100%). Who (2017) relata que não há tanta diferença entre as faixas etárias quanto à presença de ansiedade, porém, nas mais velhas há uma tendência a diminuir sua prevalência.

No que tange à cor da pele, foi identificada uma maior frequência de indivíduos brancos (47 - 33,3%) no grupo geral e no grupo experimental (9 - 39,1%), porém, diante da junção dos resultados referentes à cor parda e negra, identificou-se sua maior frequência (70 - 49,6%) no grupo geral, bem como nos grupos experimental (14 - 60,8%) e controle (10 - 52,6%). Há uma grande relação entre a cor não branca e o aparecimento de transtornos mentais, pelo fato da discriminação presente (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Quanto à orientação sexual, foi identificado na presente pesquisa que a maioria era homossexual tanto no grupo geral (83 - 58,9%) como também no experimental (12 - 52,2%) e controle (13 - 68,4%), o que corrobora com um estudo de coorte realizado em Chicago com jovens de 16 a 20 anos pertencentes a minorias sexuais, que identificou que sua maioria era homossexual (329 - 73,3%), seguida de bissexuais (94 - 21,4%) (BURNS et al., 2015).

A experiência de reprovação social pode ser um fator de vulnerabilidade ao adoecimento mental. No presente estudo, foi identificado que a maioria (139 - 98,6%) revelou sua orientação sexual no grupo geral e em ambos os grupos, todos revelaram sua orientação sexual (23 – 100%, experimental; 19 – 100%, controle). A vergonha de revelar a orientação sexual promove relações sociais pobres, ocasionando angústia, sofrimento e isolamento por parte das minorias de gênero (MEREISH; POTEAT, 2015).

Somado a isso, torna-se um desafio para essa população tomar a decisão da revelação da orientação sexual e a forma como isso deverá acontecer, o que ocasiona intenso sofrimento (YARNS et al., 2016). Porém, quando essa revelação ocorre, há o enfrentamento de outras provocações, como a reprovação social, identificada em 112 (79,4%) dos entrevistados do grupo geral neste estudo e, na divisão por grupo (17 – 73,9%, experimental; 15 – 78,9%, controle). Além dessa reprovação tê-los deixado bastante ansiosos (46 - 32,6%, geral; 10 – 43,5%, experimental; 9 – 47,4%, controle) e bastante deprimidos (41 - 29,1%, geral; 9 – 39,1%, experimental; 8 – 42,1%, controle).

Encontrou-se ainda, no presente estudo, correlação positiva entre as variáveis orientação sexual e reprovação social tanto no grupo experimental como também no controle, o que confirma que a orientação sexual predispõe os indivíduos à reprovação social. Isso corrobora com a literatura que constatou que, independentemente do seguimento da orientação sexual entre as minorias sexuais e de gênero, há falta de suporte, estigma da sociedade, família e amigos e a vergonha por não seguir padrões heteronormativos, o que repercute em intenso prejuízo à saúde mental (MEREISH; POTEAT, 2015; WADSWORTH; HAYES-SKELTON, 2015; COHEN et al., 2016; LEE et al., 2016; NGAMAKE; WALCH; RAVEEPATARAKUL, 2016; YANG et al., 2016; WANG et al., 2018).

A consequência psíquica da vivência da reprovação social corrobora com a pesquisa de Bostwick et al. (2014), que identificou que a discriminação de gênero é fator de risco duas vezes maior para o aparecimento de transtornos mentais. Essa experiência proporciona a vivência da angústia entre esses indivíduos, fazendo com que os mesmos não encontrem o apoio social e adotem comportamentos de isolamento (BUDGE et al., 2013). Vê-se a gravidade do problema ao se identificar que uma em cada cinco jovens lésbicas não recebiam suporte social e, ao comparar-se com grupos heterossexuais, jovens gays, lésbicas e bissexuais relataram entre duas e três vezes mais falta de apoio social no estudo de Bränström (2017).

Identificou-se que a reprovação social era advinda, principalmente, da família (74 - 52,5%) no grupo geral e no grupo experimental (14 – 60,9%), enquanto que no controle de pessoas desconhecidas (13 – 68,4%). Como alguns dos entrevistados desta pesquisa revelaram

sua orientação sexual para outras pessoas que não seus familiares, provavelmente a taxa de reprovação social proveniente da família poderia ser ainda mais alta. Choi et al. (2013) relataram, em seu estudo, que o estigma proveniente da família pouco teve efeito sobre a ansiedade, sugerindo que o mesmo pôde ser compensado pelos benefícios oferecidos por ela, como, por exemplo, o apoio financeiro ou pelo fato das minorias sexuais e de gênero já não dependerem financeiramente da família e não terem mais contato com a mesma, devido à não aceitação de sua orientação sexual.

Em contradição a isso, Wang et al. (2018) revelaram que as variáveis “baixo apoio familiar” versus “vítimas de homofobia” foram significativamente associadas à ansiedade. Um estudo realizado por Bränström (2017) identificou que a ausência de apoio social, especialmente do familiar, é mais fortemente associada a problemas de saúde mental do que a exposição à violência. Isso indica que o apoio familiar pode moderar os níveis de ansiedade.

Além disso, Paveltchuk et al. (2019) identificaram que, quanto maior a independência financeira, menor é a internalização da homofobia vivenciada e, conseqüentemente, menores são as conseqüências negativas à saúde mental. Estudo constatou que indivíduos LGBT que trabalhavam e recebiam uma renda maior apresentavam menores níveis de ansiedade (NGAMAKE; WALCH; RAVEEPATARAKUL, 2016).

Como os entrevistados eram jovens e estavam na graduação, isso os impossibilitava muitas vezes de trabalharem e de serem independentes financeiramente, conforme percebe-se no atual estudo. Isso pode contribuir com o sofrimento mental dessa população, caso não encontre o apoio necessário para lidar com sua própria aceitação, da família e da sociedade.

Quanto às queixas das minorias sexuais e de gênero participantes da pesquisa, identificou-se a presença de sofrimento por antecipação, acordar cansado, impaciência, dificuldade de concentração, irritabilidade e dificuldade de lidar com pessoas lentas, todas indicativas do TAG, com correlações significativas entre as queixas em si e entre as queixas e a ansiedade traço e estado tanto no grupo experimental, como também no controle. Estas podiam estar contribuindo com a saúde mental prejudicada, menor qualidade de vida dos discentes LGBT e interferindo em todo o contexto de suas vidas.

Mesmo em meio a todas essas queixas, havia pouca procura de formas de fortalecimento de sua saúde mental e de amenização das vulnerabilidades a eles atribuídas, como a prática do exercício físico e o acompanhamento psicológico. Há grande associação entre a ausência de prática de exercícios físicos, de atividades de lazer, má qualidade de sono, experiências negativas de vida e o surgimento do adoecimento mental (ZENG et al., 2019). Além disso, o fato de que a maioria do grupo geral (114 - 80,9%), do experimental (17 - 63,9%) e controle

(18 – 94,7%) não fazia acompanhamento psicológico no presente estudo pode ser atribuído à pouca procura da população LGBT às instituições de saúde. Luvuno et al. (2019) identificaram, em sua pesquisa, que os profissionais de saúde não são capacitados para lidar com as questões de saúde da população em questão, o que faz com que sua prática seja pautada na ausência de sensibilidade e de profissionalismo, refletindo na ausência das minorias sexuais e de gênero nos serviços de saúde e no aumento da vulnerabilidade ao adoecimento físico e mental.

Por conseguinte, essas barreiras se dão, sobretudo, na ausência de acolhimento a esses indivíduos possuidores de direitos, mas predispostos à iniquidade (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018).

Em contradição a isso, menciona-se o estudo realizado por Quinn et al. (2015), que observou em seus resultados que, quando os entrevistados frequentaram serviços de saúde e divulgaram sua orientação sexual, poucos profissionais de saúde tiveram reações negativas no que diz respeito à assistência à sua saúde. Isso reforça a necessidade dos profissionais de saúde serem treinados e, a princípio, sensibilizados quanto às consequências do estigma e que sejam criadas estratégias voltadas às minorias sexuais, de forma a ofertar o melhor e mais qualificado cuidado.

Diante de tantos enfrentamentos, observam-se minorias fragilizadas, conforme foi ratificado por meio desta pesquisa, com altas taxas de transtorno mental e, mais especificamente, da ansiedade, além de apresentarem comorbidade psiquiátrica. Estudo realizado nos Estados Unidos que teve como objetivo avaliar os efeitos da discriminação e racismo na saúde mental e na ideação suicida em uma amostra de população LGBT identificou maior risco para ansiedade, depressão e insatisfação com a vida (SUTTER; PERRIN, 2016).

Estudo que investigou a presença de transtornos mentais na população LGBT revelou sintomas em níveis mais elevados de transtornos ansiosos, dentre eles o transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno do estresse pós-traumático e pânico, seguidos de depressão, quando comparados aos heterossexuais (COHEN et al., 2016), sendo ainda identificado por Reisner et al. (2016) que o risco de desenvolver ansiedade era de duas a três vezes maior que os heterossexuais.

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos por Grant et al. (2014), que examinou a prevalência de transtornos mentais em uma amostra de lésbicas, gays, bissexuais e queer que estudavam em uma universidade pública, identificou que os participantes foram significativamente mais propensos a relatar histórias de transtorno depressivo maior (32,1%) em comparação com heterossexuais (15,2%) e, em segundo lugar, o transtorno de ansiedade (12,5%) em comparação com heterossexuais (3,5%), o que difere do presente estudo, que

identificou que a maioria apresentava TAG tanto no grupo geral (89 – 63,1%) como também nos grupos experimental (23 – 100%) e controle (19 – 100%).

Estudo que investigou ansiedade e demais transtornos mentais em jovens adultos de minorias sexuais de uma universidade do curso de psicologia do nordeste dos Estados Unidos identificou que os respondentes relataram sintomatologia maior de TAG, fobia social, pânico, depressão e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em comparação aos heterossexuais (COHEN et al., 2016).

As comorbidades psiquiátricas ocasionam grande impacto à vida do indivíduo acometido, devido ao agravamento e, conseqüentemente, comprometimento oriundos da sobreposição de transtornos mentais (MACHADO et al., 2016). O presente estudo identificou grande frequência de comorbidades psiquiátricas (108 – 76,6%, grupo geral; 22 – 95,7%, experimental; 18 – 94,7%, controle) o que corrobora com o estudo de Burns et al. (2015), no qual 81,9% dos participantes apresentaram transtorno de estresse pós-traumático, 75,5% transtornos por uso de substâncias, 68,9% transtorno de conduta e 68,5% com episódio depressivo maior apresentaram comorbidade psiquiátrica ao longo da vida.

Com relação às queixas identificadas nos participantes da pesquisa, viu-se que houve melhora significativa do sono, neste estudo, à medida que as práticas de meditação iam ocorrendo. Estudo conduzido em Londres que tinha como objetivo analisar a qualidade do sono entre gays, bissexuais e homens que faziam sexo com homens identificou que um terço (34,6%) apresentava má qualidade de sono, avaliando-o como bastante ruim (56 – 27,7%) e muito ruim (14 – 6,9%), o que implicava em piores condições de saúde dos entrevistados (DUNCAN et al., 2016).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos da América, que objetivou comparar o estado de saúde, riscos comportamentais e acesso a serviços de saúde em grupos de minorias sexuais, identificou que esse público teve mais dificuldade para dormir, sendo os homens e mulheres bissexuais brancos os que tiveram as maiores taxas de insônia (HSIEH; RUTHER, 2016).

Pesquisa dos Estados Unidos da América que buscou examinar diferenças na duração e qualidade do sono entre adultos gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais por Galinsky et al. (2018) mostrou que homens gays tinham maiores problemas de sono quando comparados aos heterossexuais e bissexuais e que mulheres lésbicas e bissexuais tinham mais problemas de sono ao comparar-se às heterossexuais.

Isso mostra que a insônia relatada pelos estudantes LGBT da atual pesquisa pode estar relacionada às próprias questões de gênero que os tornam mais vulneráveis à ansiedade,

podendo ainda interferir no bem-estar dos mesmos. Amenizar essas queixas e procurar meios que proporcionem o bem-estar podem contribuir com a diminuição de sinais e sintomas de ansiedade e melhora da sua qualidade de vida.

Ensaio clínico randomizado de Johns et al. (2015), que teve como objetivo avaliar a eficácia da meditação na fadiga relacionada ao câncer e sintomas relacionados em uma amostra de 35 sobreviventes de câncer, identificou melhora significativa no padrão de sono ($p=0,001$), comparando-se o grupo experimental com o controle. Esse mesmo estudo observou que, no primeiro mês de seguimento (4ª semana), houve melhora significativa ($p<0,001$) na ansiedade (JOHNS et al., 2015), o que corrobora com a presente pesquisa.

Pesquisa conduzida na Coreia do Sul com 24 estudantes do ensino médio que buscou investigar os efeitos da terapia de grupo na depressão e ansiedade, sendo estes divididos em dois grupos experimentais (grupo 1= exposto à arteterapia e meditação com foco na respiração; grupo 2= exposto apenas à arteterapia) e um grupo controle (grupo 3= não exposto a intervenções) identificou que os grupos 1 e 2 apresentaram redução significativa dos escores de ansiedade e depressão no pós-teste, sendo a respiração eficaz na melhoria do bem-estar, auto-percepção e auto-aceitação de seus participantes (KIM; KIM; KI, 2014).

Ensaio clínico randomizado que teve como intervenção a prática de meditação por 8 semanas em uma universidade da Coreia do Sul com 21 indivíduos no grupo experimental e 25 no grupo controle analisou seu efeito na ansiedade, depressão e estresse e revelou uma redução significativa na ansiedade, sendo suas médias 6,7 ($\pm 12,6$) no pré-teste e 2,8 ($\pm 4,1$) no pós-teste no grupo experimental, e, no grupo controle, 5,9 ($\pm 6,3$) no pré-teste e 5,9 ($\pm 7,4$) no pós-teste, havendo diferença estatisticamente significante entre os dois grupos ($p = 0,023$) (SONG; LINDQUIST, 2015).

Outro estudo realizado por Haines et al. (2014), ao testarem a viabilidade da meditação para diminuir o estresse e ansiedade com 30 cuidadores de pessoas com doenças pulmonares por 4 semanas, verificaram que o grupo que praticou as técnicas ($n=15$) diminuiu significativamente a ansiedade estado ($p = 0,003$) e ansiedade traço ($p = 0,006$) do pré-teste para o pós-teste. Resultado semelhante foi observado no atual estudo. Porém, na atual pesquisa houve significância estatística ($p = 0,015$) apenas na ansiedade estado da fase inicial para as 4 semanas de meditação.

O presente estudo permitiu identificar ainda que o domínio físico apresentou a menor média de todos os domínios nos dois grupos estudados, seguido do domínio psicológico. O domínio físico é representado por queixas de dor e desconforto, falta de energia e fadiga, qualidade de sono e repouso prejudicado, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência

de medicação ou de tratamentos e dificuldade para realizar trabalhos acadêmicos. Já o psicológico diz respeito a sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Resultado semelhante foi apontado na pesquisa de Kim, Jen e Fredriksen-Goldsen (2017), que buscou avaliar a qualidade de vida da população LGBT e obteve como resultado médias menores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, sendo associadas negativamente com a variável discriminação sofrida, ou seja, quanto maior era a experiência de discriminação devido à orientação sexual, menor era a média de qualidade de vida desses indivíduos.

Apesar de haver um aumento das médias em todos os domínios no grupo experimental durante as 8 semanas de acompanhamento neste estudo, não houve significância estatística no efeito da meditação para a qualidade de vida. Diferente disso, adolescentes que foram expostos a um programa de meditação focada na respiração por 8 semanas em um estudo piloto do tipo pré-teste e pós-teste no Brasil apresentaram melhora positivamente significativa nos domínios físico ($\rho = 0,026$), relações sociais ($\rho = 0,043$) e geral ($\rho = 0,046$). Já nos domínios psicológico ($\rho = 0,131$) e meio ambiente ($\rho = 0,496$) não houve significância estatística (ASSIS; PORTELLA; MALVA, 2016).

Um ensaio clínico randomizado com 46 pessoas com lúpus eritematoso no sudoeste do Irã (sendo 23 em cada grupo) que determinou o efeito da meditação na saúde mental e na qualidade de vida confirmou diferença significativa nos sintomas psíquicos e na qualidade de vida entre os grupos experimental e controle imediatamente após a intervenção e no acompanhamento ($\rho \leq 0,05$). Todavia, a diferença não foi significativa para os aspectos físicos da qualidade de vida ($\rho \geq 0,05$) (SOLATI et al., 2017).

Sendo assim, a meditação proporciona uma melhor integração entre a mente e o corpo, promove a autoconsciência e reduz a sobrecarga mental (CARTER; CARTER, 2016). Vale destacar a necessidade das minorias sexuais serem compreendidas em sua singularidade como pessoas que precisam de atenção e que recebam cuidados direcionados à sua saúde tanto física como mental.

6 CONCLUSÃO

Discutidas as variáveis referentes às questões vivenciadas pelas minorias sexuais e de gênero e aos níveis de ansiedade e de qualidade de vida, conclui-se que a hipótese alternativa desta pesquisa é parcialmente verdadeira. Ou seja, o efeito da meditação apresentou diferença estatística em relação à ansiedade estado, mas não para a qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero comparado ao grupo controle. Destaca-se que houve redução significativa dos níveis de ansiedade estado da fase inicial à 4ª semana de meditação. Não houve melhora com significância estatística da qualidade de vida.

Os dados da pesquisa mostraram ainda que as minorias sexuais e de gênero são vulneráveis ao adoecimento mental, destacando-se o Transtorno de Ansiedade Generalizada, reflexo de todas as pressões sociais e familiares que esses indivíduos sofrem para se adequarem a padrões e normas de gênero, além de todo o contexto de enfrentamento da vida que repercute em consequências negativas para a mente e o corpo. Vale destacar a necessidade da inclusão de disciplinas que abordem questões de gênero no currículo obrigatório de cursos da área da saúde, de forma que os futuros profissionais lidem com esta demanda de forma acolhedora.

Limitações deste estudo devem ser consideradas. Houve perdas de seguimento (sete pessoas no experimental e seis no controle), por falta de comparecimento nas práticas e insucesso em tentativas de contato telefônico. Diante disso, recomenda-se que estudos com tempo de seguimento menor que oito semanas sejam realizados, com a finalidade de melhor adesão terapêutica para o mesmo desfecho.

A prática de meditação comprovou sua eficácia na diminuição dos sinais e sintomas da ansiedade, além de proporcionar bem-estar, leveza, um olhar interior e prática de autocuidado. Estes que são tão raros em dias atuais. Sua realização pode ser uma das estratégias de cuidado na promoção da saúde mental realizada pelo enfermeiro ou qualquer profissional de saúde em qualquer área em que esteja atuando, desde a Atenção Básica até mesmo nos serviços especializados, hospitalares e na docência. É uma tecnologia leve que não demanda altos custos e que pode ser eficiente na redução dos sintomas de ansiedade e no bem-estar de seus praticantes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, 2013.
- _____. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis, e transexuais no interior do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 100-111, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.
- ARAÚJO, L. M.; PENNA, L. H. G. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 1, p. 134-138, 2014.
- ASSIS, A. S. M.; PORTELLA, C. F. S.; MALVA, V. A. S. Contribuições da meditação para a qualidade de vida de adolescentes. **Cad. Naturol. Terap. Complem.**, v. 5, n. 8, p. 29-37, 2016.
- BAPTISTA, M. R.; DANTAS, E. H. M. Yoga no controle de stress. **Fit Perf J**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 12-20, 2002.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). **Arq. Bras. Psic. Apl.**, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977.
- BITTENCOURT, D.; FONSECA, D.; SEGUNDO, M. Acesso da população lgbt moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. **Conexões Psi**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 60-85, 2014.
- BJÖRKENSTAM, C. et al. Anxiety and depression among sexual minority women and men in sweden: is the risk equally spread within the sexual minority population?. **J Sex Med.**, v. 14, n. 3, p. 396–403, 2017.
- BOSTWICK, W. B. et al. Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 84, n. 1, p. 35–45, 2014.
- BRÄNSTRÖM, R. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. **J Epidemiol Community Health**, v. 71, p. 446–452, 2017.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 2**. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.
- _____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Educação. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 2011.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Relatório de violência homofóbica no Brasil**. Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério dos Direitos humanos. **Manual orientador sobre diversidade**. Brasília, DF, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BUDGE, S. L. et al. Anxiety and Depression in Transgender Individuals: The Roles of Transition Status, Loss, Social Support, and Coping. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 81, p. 545-557, 2013.

BURNS, M. N. et al. Mental health disorders in young urban sexual minority men. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, p. 52-58, 2015.

CAHN, B. R.; POLICH, J. Meditation states and traits: EEG, ERP and neuroimaging studies. **Psychological Bulletin**, v. 132, n. 2, 180-211, 2006.

CARDOSO, F. L. O Conceito de Orientação Sexual na Encruzilhada entre Sexo, **Interamerican Journal of Psychology**, v. 42, n. 1, p. 69-79, 2008.

CARTER, K. S.; CARTER, R. Breath-based meditation: A mechanism to restore the

physiological and cognitive reserves for optimal human performance. **World J Clin Cases**, v. 4, n. 4, p. 99-102, 2016.

CARRERES-PONSODA, F. et al. The effect of an out-of-school mindfulness program on adolescents' stress reduction and emotional wellbeing. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 17, n. 3, p. 35-44, 2017.

CEARÁ, A. T.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 3, p. 118-123, 2010.

CHAKRABORTY, A. et al. Mental health on the non-heterosexual population of England. **Journal of Psychiatry**, Reino Unido, v. 198, p. 143-148, 2011.

CHOI, K. et al. Experiences of Discrimination and Their Impact on the Mental Health Among African American, Asian and Pacific Islander, and Latino Men Who Have Sex With Men. **American Journal of Public Health**, v. 103, p. 868-874, 2013.

COHEN, J. M. et al. Anxiety and related disorders and concealment in sexual minority young adults. **Behaviour Therapy**, v. 27, p. 91-101, 2016.

CORRÊA, S. O. E MUNTARBHORN, V. (orgs.). **Princípios de Yogyakarta**: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

COSTA, C. O. et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J Bras Psiquiatr**, v. 68, n. 2, p. 92-100, 2019.

COUTO, D. R.; OSWALD, M. L. M. B.; POCAHY, F. A. Gênero, sexualidade e juventude(s). **Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 1, p. 124-137, 2018.

CROCQ, M. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 17, n. 3, p. 329-325, 2015.

DAVI, D. E. H.; BRUNS, M. A. T. Mundo-Vida Travesti: Abordagem Fenomenológica das Travestilidades. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 521-533, 2015.

DEMARZZO, M. Efficacy of 8- and 4-Session Mindfulness-Based Interventions in a Non-clinical Population: A Controlled Study. **Front Psychol.**, v. 8, p. 1-12, 2017.

DUNCAN, D. T. et al. Poor sleep health and its association with mental health, substance use, and condomless anal intercourse among gay, bisexual, and other men who have sex with men. **Sleep Health**, v. 2, p. 316-321, 2016.

ESPER, M. V.; GNATTA, J. R.; SILVA, M. J. P. Caracterização da produção científica sobre meditação na área da saúde e na enfermagem: revisão de literatura. **Caderno Naturol. Terap. Complem.**, v. 5, n. 8, p. 39-46, 2016.

ESTRADA, E.; GARCÍA-VEGA, E.; PÉREZ-ESPINOSA, T. Puede el entrenamiento en “focusing” mostrar eficacia como tratamiento coadyuvante em pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada?. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, v. 25, n. 1, p. 49-56, 2016.

FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único De Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2018.

FERREIRA, C. L. et al. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 973-981, 2009.

FERREIRA, J. C. et al. Avaliação da qualidade de vida de açougueiros com a utilização do WHOQOL-bref. **Rev Bras Med Trab.**,v. 15, n. 3, p. 222-228, 2017.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANCISCO, B. M. O. et al. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1056-1062, 2017.

GALINSKY, A. M. et al. Sleep duration, sleep quality, and sexual orientation: findings from the 2013-2015 National Health Interview Survey. **Sleep Health**, v. 4, p. 56–62, 2018.

GALLEGO, J. et al. Effect of Mind/ Body Interventions on Levels of Anxiety, Stress and Depression Among Future Primary School Teacher: A Controlled Study. *Revista de Psicodidáctica*, v. 21, n. 1, p. 87-101, 2016.

GOMES, A. M.; REIS, A. F.; KURASHIGE, K. D. A violência e o preconceito: as formas da agressão contra a população LGBT em Mato Grosso do Sul. **Caderno Espaço Feminino**, Minas Gerais, v. 26, n. 2, 2013.

GRANT, J. E. et al. Mental health and clinical correlates in lesbian, gay, bisexual, and queer young adults. **Journal of American College Health**, v. 62, n. 1, p. 75-78, 2014.

GREENLEE, H. et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. **CA Cancer J Clin**, v. 67, n. 3, p. 194-232, 2017.

HAINES, J. et al. Reducing Stress and Anxiety in Caregivers of Lung Transplant Patients: Benefits of Mindfulness Meditation. **Int J Org Transplant Med**, v. 5, n. 2, p. 50-56, 2014.

HECKATHORN, D. D.; CAMERON, C. J. Network Sampling: From Snowball and Multiplicity to Respondent-Driven Sampling. **Annu. Rev. Sociol.**, v. 43, p. 101–19, 2017.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005.

HSIEH, N.; RUTHER, M. Sexual minority health and health risk factors: intersection effects of gender, race, and sexual identity. **Am J Prev Med**, v. 50, n. 6, p. 746–755, 2016.

JAZAIERI, H. et al. A Randomized Trial of MBSR Versus Aerobic Exercise for Social Anxiety Disorder. **Journal of Clinical Psychology**, v. 68, n. 7, p. 715–731, 2012.

JOHNS, S. A. et al. Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. **Psychooncology**, v. 24, n. 8, p. 885–893, 2015.

JÚNIOR, E. T. Práticas Integrativas e Complementares, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 86, n. 30, p. 99-112, 2016.

KIM, H.; JEN, S.; FREDIKSEN-GOLDSSEN, K. I. Race/ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults. **Gerontologist**, v. 57, n. S1, p. S30–S39, 2017.

KIM, S.; KIM, G.; KI, J. Effects of group art therapy combined with breath meditation on the subjective well-being of depressed and anxious adolescents. **The Arts in Psychotherapy**, v. 41, p. 519–526, 2014.

LATTANZIO, F. F.; RIBEIRO, P. C. Nascimento e primeiros desenvolvimentos do conceito de gênero. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 3, p. 409-425, 2018.

LEE, J. H. et al. Discrimination, mental health, and substance use disorders among sexual minority populations. **LGBT Health**, v. 3, n. 4, p. 258-265, 2016.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação em Revista**, n. 46, p. 201-218, 2007.

_____. Educação e docência: diversidade, gênero e sexualidade. **Form. Doc.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 62-70, 2011.

_____. Currículo, género y sexualidade: lo “normal”, lo “diferente” y lo “excêntrico”. **Descentrada**, v. 3, n. 1, 2019.

LUVUNO, Z. P. et al. Evidence of interventions for improving healthcare access for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa: A scoping review. **Afr J Prm Health Care Fam Med.**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2019.

MACHADO, M. B. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr**, v. 65, n. 1, p. 28-35, 2016.

MARANETS, I.; KAIN, Z. N. Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. **Anesth Analg**, v. 89, p. 1346–51, 1999.

MARC, I. et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a população LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 2, 2012.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: Revisão de literatura. **Psicologia Ciência & Profissão**, v. 29, n. 2, p. 276-289, 2009a.

_____. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática da meditação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 565-573, 2009b.

MEREISH, E. H.; POTEAT, V. P. A Relational Model of Sexual Minority Mental and Physical Health: The Negative Effects of Shame on Relationships, Loneliness, and Health. **J Couns Psychol.**, v. 62, p. 425-437, 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NASCIMENTO, M. C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 25, p. 3595-3604, 2013.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016.

NGAMAKE S.T.; WALCH, S.E.; RAVEEPATARAKUL, J. Discrimination and sexual minority mental health: mediation and moderation effects of coping. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v.3, n. 2, p. 213-226, 2016.

NOGUCHI, M. S. Meditação, Saúde Coletiva e Fonoaudiologia: um diálogo em construção. **Distúrbios Comun. São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 642-653, 2015.

OLIVEIRA, M. A. P.; VELARDE, L. G. C.; SÁ, R. A. M. Ensaio clínico randomizado: Série Entendendo a Pesquisa Clínica 2. **Femina**, v. 43, n. 1, 2015.

OMIDI, A. et al. Comparing Mindfulness Based Cognitive Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy With Treatments as Usual on Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms. **Iran Red Crescent Med**, v. 15, n. 2, 2013.

OSHO. **Meditação para ocupados: estratégias de combate ao estresse para pessoas sem tempo de meditar**. 3. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2018.

PANNUTI, C. M. et al. Avaliação crítica de ensaios clínicos. **Rev Odontol Bras Central**, v. 20, n. 52, p. 2-6, 2011.

PAVELTCHUK, F. O.; BORSA, J. C. Homofobia internalizada, conectividade comunitária e saúde mental em uma amostra de indivíduos LGB brasileiros. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 37, n. 1, p. 47-61, 2019.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-50, 2012.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PETTERSSON, A. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. **MC Family Practice**, v. 19, n. 19, p. 1-13, 2018.

PRUDENTE, B. **História da meditação: das tradições do antigo oriente à ciência do século XXI**. Scientiarum Historia VII, 2014. Disponível em: <<http://www.hcte.ufrj.br/downloads/sh/sh7/SH/trabalhos%20orais%20completos/HISTORIA-DA-MEDITACAO-DAS-TRADICOES-DO-ANTIGO-ORIENTE-A-CIENCIA-DO-SECULO-XXI.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

QUINN, G. P. et al. Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning (LGBTQ) perceptions and health care experiences. **Journal of Gay & Lesbian Social Services**, v. 27, p. 246–261, 2015.

REISNER, S. L. et al. Social epidemiology of depression and anxiety by gender identity. **J Adolesc Health**, v. 59, n. 2, p. 203-208, 2016.

RESADORI, A. H.; RIOS, R. R. Identidades de gênero e o debate étnico-racial no direito brasileiro. **Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 1, p. 10-25, 2018.

SALHOFER, I. et al. Meditation for adults with haematological malignancies. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3, 2016.

SAMTEN, P. **Meditando a vida**. São Paulo: Peirópolis, 2001.

SHEEHAN, D. V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, n. 20, p. 22–33, 1998.

SILVA, J. W. S. B. et al. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 140 -149, 2017.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017.

SOLATI, K. et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological symptoms and quality of life in systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. **Oman Medical Journal**, v. 32, n. 5, p. 378-385, 2017.

SONG, Y.; LINDQUIST, R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. **Nurse Education Today**, v. 35, p. 86–90, 2015.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado?. **Medicina**, v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008.

SUTTER, M; PERRIN, P. B. Discrimination, mental health, and suicidal ideation among lgbtq people of color. **Journal of Counseling Psychology**, v. 63, n. 1, p. 98–105, 2016.

VASCONCELOS, T. C. et al. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n.1, p. 135-142, 2015.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre. Artmed, 2012.

WADSWORTH, L. P.; HAYES-SKELTON, S. A. Differences among lesbian, gay, bisexual, heterosexual individuals, and those who reported an other identity on an open-ended response on levels of social anxiety. **Psychol Sex Orientat Gend Divers**, v. 2, n. 2, p. 181-187, 2015.

WANG, C. et al. Effects of traditional and cyber homophobic bullying in childhood on depression, anxiety, and physical pain in emerging adulthood and the moderating effects of social support among gay and bisexual men in Taiwan. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 14, p. 1309-1317, 2018.

WHOQOL. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, p. 41-60, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoción de la Salud Glosario**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 03 dez. 2019.

_____. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

_____. **Programme on mental health WHOQOL user manual**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>. Acesso em: 15 nov. 2019.

YANG, X. et al. A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. **J Affect Disord**, v. 203, p. 22-29, 2016.

YARNS, B. C. et al. The Mental Health of Older LGBT Adults. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 60, p. 1-11, 2016.

ZAKABI, D. Clínica LGBT: contribuições do psicodrama para superação do estigma e da discriminação. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 22, n. 2, 6-14, 2014.

ZENG, Y. et al. Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study. **Psychol Health Med.**, v. 24, n. 7, p. 798-811, 2019.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

(Elaborado conforme a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Eu,....., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo **“A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DA MEDITAÇÃO COM FOCO NA RESPIRAÇÃO NOS SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE NA POPULAÇÃO LGBT”**, recebi de Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco, responsável pela execução da pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. O estudo se destina aos discentes LGBT's da Universidade Federal de Alagoas;
2. A importância deste estudo está no fato de contribuir com informações que possam cooperar com a diminuição dos sinais e sintomas de ansiedade nos LGBT's;
3. O resultado que se pretende alcançar é descobrir qual a influência da prática da meditação nos sinais e sintomas de ansiedade;
4. A coleta de dados será feita de agosto de 2018 a julho de 2019;
5. O estudo será feito mediante as entrevistas e práticas de meditação por um grupo e a realização apenas das entrevistas, pelo grupo controle. Inicialmente, você será submetido a um rastreio dos transtornos mentais como forma de teste e não será possível saber a que grupo da meditação irá pertencer, mas você se compromete a participar das etapas da pesquisa, independente do grupo ao qual será sorteado para fazer parte;
6. Os riscos à sua saúde mental estão relacionados ao incômodo em responder às perguntas sobre experiências agradáveis ou não, relativas à sua vida pessoal. Caso seja necessário, você terá assistência da pesquisadora, da orientadora e de profissionais da saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), para minimizar ou sanar danos decorrentes da pesquisa. Caso haja necessidade de cuidados físicos, estes mesmos farão os devidos encaminhamentos ao Sistema Único de Saúde;
7. A fim de minimizar os riscos supracitados, a aplicação dos questionários será realizada em local reservado para garantir a privacidade e sigilo do entrevistado;
8. Você terá como benefício a promoção do seu bem-estar que a meditação irá trazer à sua saúde física e mental. Além disso, esse estudo contribui com a atenuação dos sinais e sintomas da ansiedade, melhorando sua qualidade de vida;
9. Você será informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
10. Você poderá, a qualquer momento, recusar a continuar participando do estudo e também poderá retirar este consentimento, sem que isso lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo;
11. As informações conseguidas através da sua participação no estudo não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto pela equipe de pesquisa. Além disso, a divulgação das informações entre os estudiosos do assunto só ocorrerá após sua autorização;
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você;
13. Você será indenizado por qualquer dano moral que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa;

14. Você ficará com uma via do termo de consentimento livre e esclarecido assinada por todos;
15. Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas-UFAL.

Sr.(a): Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco

Endereço: Rua São Cristóvão, 149

Bairro: Primavera Cidade: Arapiraca CEP: 57304-400

FONE: 999106984.

Maceió, _____ de _____ de _____



Assinatura da responsável pelo estudo



Assinatura da responsável pelo estudo

Assinatura do voluntário

APÊNDICE B – Questionário de identificação

Iniciais:	Curso:
Código da entrevista:	Telefone:
Idade:	E-mail:
Sexo: 1. F () 2. M ()	
Orientação sexual: 1. Heterossexual () 2. Homossexual () 3. Bissexual () 4. Panssexual () 6. Assexual () 7. Intergênero ()	
Qual a sua identidade de gênero: 1. Transgênero () 2. Cisgênero () 3. Não-binário ()	
Cidade:	Bairro:
Raça/Cor: 1. Afrodescendente () 2. Indígena () 3. Amarelo () 4. Negro () 5. Branco () 6. Preto () 7. Pardo ()	
Trabalha: 1. Sim () 2. Não ()	
Acorda cansado: 1. Sim () 2. Não ()	
Tem insônia: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Tem dificuldade de concentração: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Apresenta impaciência: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Tem dor de cabeça: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Tem dificuldade de lidar com pessoas lentas: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Tem sofrimento por antecipação: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Tem irritabilidade: 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	
Realiza atividade física: 1. Sim () 2. Não (). Se sim, qual: _____	
Faz uso de medicação: 1. Sim () 2. Não (), Qual: _____	
Faz acompanhamento psicológico: 1. Sim () 2. Não (). Se sim, há quanto tempo? _____	
Vivenciou algum episódio estressante no último mês: 1. Sim () 2. Não (). O que aconteceu? _____ _____ _____	
Você já revelou sua orientação sexual para alguém? 1. Sim () 2. Não () Para quem? _____	
Você já sofreu reprovação social por sua orientação sexual: 1. Sim () 2. Não ()	
Se sim, o quanto essa reprovação o deixou ansioso: 1. Nada () 2. Pouco () 3. Bastante () 4. MUITÍSSIMO ()	
O quanto essa reprovação o deixou deprimido: 1. Nada () 2. Pouco () 3. Bastante () 4. MUITÍSSIMO ()	

Se sim, de onde vieram as reprovações sociais: 1. Família () 2. Amigos () 3.
Pessoas desconhecidas () 4. Colegas de trabalho () 5. Colegas da faculdade ()
6. Outros: _____

ANEXO A - Inventário De Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

IDATE – E

TEMPO: _____ DATA: ____/____/_____

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO:

Absolutamente não...1	Um pouco.....2	Bastante.....3	Muitíssimo.....4
--------------------------	-------------------	----------------	------------------

1. Sinto-me calmo (<u>a</u>)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (<u>a</u>)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (<u>a</u>)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me <u>confiante</u>	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (<u>a</u>)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (<u>a</u>)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me <u>alegre</u>	1	2	3	4
20. Sinto-me <u>bem</u>	1	2	3	4

IDATE – T

TEMPO: _____ DATA: ____/____/____

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO:

Quase nunca.....1	Às vezes.....2	Frequentemente.....3	Quase sempre.....4
-------------------	----------------	----------------------	--------------------

1. Sinto-me <u>bem</u>	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (<u>a</u>)	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim <u>mesmo</u>	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou <u>feliz</u>	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (<u>a</u>)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (<u>a</u>)	1	2	3	4
17. Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4

18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa <u>estável</u>	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO B – Questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL)

Por favor, responda a todas as questões. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

HORA DE INÍCIO: _____

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

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

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

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

		Nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algumas vezes	Frequentemente	muito Frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor,	1	2	3	4	5

	desespero, ansiedade, depressão?					
--	---	--	--	--	--	--

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

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

HORA DO TÉRMINO: _____

ANEXO C – MINI International Neuropsychiatric Interview 7.0.2

M.I.N.I.

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Portuguese for Brazil Version 7.0.2

Para

DSM-5

Copyright © 1992-2016 Sheehan DV

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, eletrônica ou mecânica, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia do Dr. Sheehan. Pesquisadores, clínicos e estudantes que trabalham em instituições públicas e entidades não lucrativas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de **suas** atividades clínicas e de investigação, mas **não** para uso institucional, nem qualquer outro que gere lucros financeiros. Qualquer utilização envolvendo ganho financeiro exigirá um contrato de licenciamento do detentor dos direitos autorais e o pagamento de uma taxa de licença por uso.

AVISO

Nosso objetivo é de auxiliar a avaliação e o acompanhamento de pacientes com maior eficiência e precisão. Antes que qualquer ação seja tomada em relação à informação coletada e processada por este programa, esta deve ser revisada e interpretada por um clínico autorizado.

Esse programa não foi desenvolvido e não se destina a substituir uma avaliação médica e psiquiátrica completa efetuada por um clínico - psiquiatra qualificado e autorizado. Ele se destina apenas a ser uma ferramenta que facilita a coleta e o processamento de dados confiáveis relativos aos sintomas obtidos por uma equipe treinada. Não é um teste diagnóstico.

M.I.N.I. 7.0.2 (August 8, 2016) (8/8/16)

M.I.N.I. - Brazil/Portuguese - Version of 29 Aug 17 - Mapi.
ID000137 / M.I.N.I. 7.0.2_AU1.1_per-BR.doc

Nome do(a) paciente:	_____	Número do(a) paciente:	_____
Data de nascimento:	_____	Hora do início da entrevista:	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	Hora do fim da entrevista:	_____
Data da entrevista:	_____	Duração total da entrevista:	_____

	MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	PREENCHE CRITÉRIOS	CD-10-CM	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	Atual (2 últimas semanas) Passado Recorrente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	Atual (2 últimas semanas) Passado Recorrente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F32.x F32.x F33.x	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	SUICIDALIDADE	Atual (último mês) Tentativa ao longo da vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Elevada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SUICIDA	Atual Em remissão recente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(durante o último ano) (1 - 2 anos atrás)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C	EPISÓDIO MANÍACO	Atual Passado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual Passado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não Explorado	
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I	Atual Passado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F31.0-F31.76 F31.0-F31.76	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual Passado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64 F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II	Atual Passado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F31.81 F31.81	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO E TRANSTORNO ASSOCIADO	Atual Passado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F31.89 F31.89	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (último mês) Ao longo da vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F41.0 F40.0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E	AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	F40.00	<input type="checkbox"/>
F	TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (fobia social)	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F40.10	<input type="checkbox"/>
G	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F42.2	<input type="checkbox"/>
H	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F43.10	<input type="checkbox"/>
I	TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL	12 últimos meses	<input type="checkbox"/>	F10.10/F10.20	<input type="checkbox"/>
J	TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (não alcoólicas)	12 últimos meses	<input type="checkbox"/>	F11.10/F11.20-F19.20	<input type="checkbox"/>

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DA MEDITAÇÃO COM FOCO NA RESPIRAÇÃO NOS SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE NA POPULAÇÃO LGBT

Pesquisador: VERONICA DE MEDEIROS ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89190318.4.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.826.905

Apresentação do Projeto:

Propõe um estudo experimental (Ensaio Clínico Randomizado) da área de enfermagem, sobre sintomas de ansiedade com estudantes da UFAL que se identificam como parte da população LGBT. Serão incluídos os sujeitos LGBT que manifestarem sintomas de ansiedade a partir da aplicação do Teste MINI, para aplicação da prática de meditação com foco na respiração pelo período de quatro meses, considerando um encontro semanal em grupo e a prática diária individual. Ao longo do estudo serão também aplicados outros três testes IDATE(T e E) e WHOQOL para avaliação da melhora em relação aos sintomas de ansiedade.

Objetivo da Pesquisa:

São informados:

Objetivo primário: Avaliar a influência da prática de meditação na ansiedade, em discentes LGBT da Universidade Federal de Alagoas;

Objetivos secundários:

- Identificar discentes LGBT da Universidade Federal de Alagoas com sinais e sintomas de ansiedade;
- Avaliar a qualidade de vida de discentes LGBT da Universidade Federal de Alagoas;
- Avaliar se a meditação melhora os sinais e sintomas de ansiedade e/ou a qualidade de vida em

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,


Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO E – Registro da Pesquisa na Plataforma ReBEC



REGISTRO BRASILEIRO DE
Ensaios Clínicos

PT | ES | EN

NOTÍCIAS | SOBRE | AJUDA | CONTATO

[Esqueceu a senha? Registrar-se](#)

[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / [ENSAIOS REGISTRADOS](#) /

RBR-3bskgt
A influência da prática da meditação com foco na respiração nos sinais e sintomas de ansiedade na população LGBT

Data de registro: 17 de Set. de 2018 às 15:22
 Last Update: 28 de Maio de 2019 às 08:59

Tipo do estudo:

Intervenções

Título científico:

PT-BR	EN
A influência da prática da meditação com foco na respiração nos sinais e sintomas de ansiedade na população LGBT	The influence of meditation practice focusing on breathing in the signs and symptoms of anxiety in the LGBT population