RBTCC Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
e-ISSN: 1982-3541

2022, v. 24, pp. 1–21, e221711
Revisões sistemáticas de literatura

Intervenções Baseadas em Mindfulness para quadros agudos de transtornos mentais: Uma revisão integrativa

Mindfulness-Based Interventions for acute state of mental disorders: An integrative review

Intervenciones basadas en la atención plena para cuadros agudos de trastornos mentales: Una revisión integradora

Stephany Gama, Maurício Faria, Catiele Paixão, Tiago Alfredo Ferreira

Universidade Federal da Bahia

Histórico do Artigo

Recebido: 10/01/2022.
1ª Decisão: 17/03/2022.
Aprovado: 16/12/2022.

DOI

10.31505/rbtcc.v24i1.1711

Correspondência

Stephany Gama
gamastephany@gmail.com

Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Serviço de Psicologia, 3º andar, R. Dr. Augusto Viana, S/n, Canela, Salvador, Bahia, 40110-060

Editor Responsável

Victor Mangabeira

Como citar este documento

Gama, S. (2022). Intervenções Baseadas em Mindfulness para quadros agudos de transtornos mentais: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *24*, 1–21. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v24i1.1711

Resumo

Esta revisão integrativa teve como objetivo analisar as características das Intervenções Baseadas em Mindfulness para pacientes em quadros agudos de transtornos mentais. Foram selecionados artigos empíricos publicados nas bases de dados Web of Science, Embase, PubMed/MEDLINE e BVS e a coleta de dados foi realizada por dois juízes independentes. Os 18 artigos empíricos coletados incluíram um total de 645 participantes e foram analisados de acordo com três amplos aspectos: nível de formalidade; tipo de abordagem; e objeto da percepção estimulada. A maioria das intervenções foi realizada no contexto hospitalar, com grupos de pacientes adultos com sintomas psicóticos. Os protocolos de intervenção possuíam caráter predominantemente experiencial, com práticas formais focadas na estimulação da interocepção e dos eventos privados. Discute-se os benefícios da psicoeducação, das práticas informais de mindfulness e da estimulação de diferentes objetos da percepção.

Palavras-chave: mindfulness; saúde mental; transtornos mentais graves; intervenção na crise; revisão integrativa.

Abstract

This integrative review aimed to analyze the characteristics of Mindfulness-Based Interventions for patients diagnosed with mental disorders in an acute state. Empirical articles published in the Web of Science, Embase, PubMed/MEDLINE and BVS databases were selected and data collection was performed by two independent judges. The 18 empirical articles collected included 645 participants and were analyzed according to three broad aspects: level of formality; type of approach; and object of stimulated perception. Most interventions were conducted in hospital settings, with groups of adult patients with psychotic symptoms. The intervention protocols had a predominantly experiential character, with formal practices focused on stimulating interoception and private events. The benefits of psychoeducation, informal mindfulness practices, and the stimulation of different objects of perception are discussed.

Key words: mindfulness; mental health; severe mental disorders; crisis intervention; integrative review.

Resumen

Esta revisión integradora tuvo como objetivo analizar las características de las intervenciones basadas en la atención plena para pacientes en cuadros agudos de trastornos mentales. Se seleccionaron artículos empíricos publicados en las bases de datos Web of Science, Embase, PubMed / MEDLINE y BVS y dos jueces independientes realizaron la recopilación de datos. Los 18 artículos empíricos recopilados incluyeron un total de 645 participantes y fueron analizados según tres grandes aspectos: nivel de formalidad; tipo de enfoque; y objeto de percepción estimulada. La mayoría de las intervenciones se realizaron en el ámbito hospitalario, con grupos de pacientes adultos con síntomas psicóticos. Los protocolos de intervención tuvieron un carácter predominantemente vivencial, con prácticas formales enfocadas a estimular la interocepción y los eventos privados. Se discuten los beneficios de la psicoeducación, las prácticas informales de mindfulness y la estimulación de diferentes objetos de percepción.

Palabras clave: atención plena; salud mental; trastornos mentales graves; intervención en la crisis; revisión integradora.

ABPMC ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

OPEN ACCESS 2022 © ABPMC. É permitido compartilhar e adaptar. Deve dar o crédito apropriado, não pode usar para fins comerciais.

Intervenções Baseadas em Mindfulness para quadros agudos de transtornos mentais: Uma revisão integrativa

Stephany Gama, Maurício Faria, Catiele Paixão, Tiago Alfredo Ferreira

Universidade Federal da Bahia

Esta revisão integrativa teve como objetivo analisar as características das Intervenções Baseadas em Mindfulness para pacientes em quadros agudos de transtornos mentais. Foram selecionados artigos empíricos publicados nas bases de dados Web of Science, Embase, PubMed/MEDLINE e BVS e a coleta de dados foi realizada por dois juízes independentes. Os 18 artigos empíricos coletados incluíram um total de 645 participantes e foram analisados de acordo com três amplos aspectos: nível de formalidade; tipo de abordagem; e objeto da percepção estimulada. A maioria das intervenções foi realizada no contexto hospitalar, com grupos de pacientes adultos com sintomas psicóticos. Os protocolos de intervenção possuíam caráter predominantemente experiencial, com práticas formais focadas na estimulação da interocepção e dos eventos privados. Discute-se os benefícios da psicoeducação, das práticas informais de mindfulness e da estimulação de diferentes objetos da percepção.

Palavras-chave: mindfulness; saúde mental; transtornos mentais graves; intervenção na crise; revisão integrativa.

As Intervenções Baseadas em Mindfulness (MBIs, do inglês Mindfulness-Based Interventions) têm sido amplamente utilizadas como estratégia terapêutica para o cuidado de pacientes com diferentes condições de saúde (Demarzo et al., 2015). Esse modelo de intervenção demonstra sua relevância ao ser implementado como estratégia de prevenção e tratamento de doenças, devido, principalmente, ao seu impacto no aumento do bem-estar e da qualidade de vida (López-Navarro et al., 2015). Em pacientes com diagnósticos de transtornos mentais, as MBIs podem ser implementadas em unidades ambulatoriais (Price et al., 2019), hospitalares (Jacobsen et al., 2011) ou ainda como tratamento domiciliar (Felver et al., 2017).

Mindfulness pode ser definido como a prática intencional de direcionar a atenção para o momento presente a partir de uma postura acolhedora e não julgadora (Kabat-Zinn, 2005). Esta prática possui dois pressupostos fundamentais: o controle da atenção e a orientação de abertura à experiência do momento presente (Bishop et al., 2004). Teve sua origem nas técnicas orientais de meditação e tem sido estabelecida como um importante componente em diversos tipos de intervenções baseadas em mindfulness. Neste sentido, vários protocolos de intervenção e modelos psicoterápicos incorporaram essa estratégia ao seu escopo, a exemplo da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT), da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), da Terapia Comportamental Dialética (DBT) e do protocolo de Redução de Estresse Baseada no Mindfulness (MBSR). A interface entre a prática mindfulness, proposta por Kabat-Zinn, e a Análise do Comportamento Clínica (abordagem teórica norteadora da presente investigação) tem sido densamente investigada e discutida no âmbito das terapias contextuais a partir da articulação entre quatro processos clínicos distintos, aceitação, desfusão cognitiva, self contextual e contato com o momento presente (Wilson, 2008).

O treinamento em mindfulness compreende o uso de práticas formais e informais. As práticas formais são caracterizadas por instruções guiadas, previamente estruturadas, com início e fim bem delimitados, que requerem a designação de um tempo específico para tal atividade (e.g., escaneamento corporal, movimentos corporais e meditações guiadas) (Germer et al., 2016). Em geral, os treinamentos com práticas formais são sistematicamente estruturados para favorecer a aquisição das habilidades mindfulness de forma gradual e promover a oportunidade de vivenciar essa estratégia de forma mais profunda. As práticas informais, por outro lado, compreendem aquelas que visam incorporar o mindfulness às atividades cotidianas e habituais do indivíduo. Ao invés de reservar um tempo específico para a prática, o indivíduo pratica a habilidade de forma mais diluída ao escolher, de forma consciente, direcionar sua atenção para o momento presente nas diversas atividades que executa ao longo do dia (e.g., lavar pratos, cozinhar, tomar banho, dirigir e escovar os dentes).

Outro modo de diferenciar as práticas mindfulness decorre da identificação do objeto de estimulação da ação perceptiva. Na interocepção, as práticas visam a observação do estado fisiológico do corpo, ou seja, do seu estado interior, estimulando a consciência do corpo e da respiração (e.g., escaneamento corporal). Na exterocepção, as práticas são voltadas para a observação do corpo em contato com o ambiente externo, explorando os sentidos tátil, auditivo, gustativo, olfativo e visual (e.g., audição atenta, comer com atenção plena). Já na propriocepção, as práticas visam a observação da posição e orientação corporal a partir do movimento dos músculos, ligamentos e tendões (e.g., movimento consciente, tai chi, relaxamento muscular progressivo e ioga) (Ceunen et al., 2016).

Por fim, as MBIs também podem ser diferenciadas entre experienciais e analíticas. As intervenções experienciais contemplam os treinamentos mantidos por práticas que visam favorecer oportunidades para que o indivíduo possa experimentar a execução de comportamentos mindfulness em sessão ou em sua rotina cotidiana. Já as intervenções analíticas utilizam-se de estratégias de psicoeducação (i.e., intervenções baseadas no fornecimento de informações acerca de processos psicológicos relevantes) e de informações conceituais para analisar os eventos e desenvolver a habilidade de mindfulness a partir do conhecimento teórico da prática, sem utilizar a meditação formal (Wielgosz et al., 2019).

A literatura se mostra consistente no que diz respeito aos benefícios dessas estratégias para pacientes com transtornos mentais (Bos et al., 2014; Burnett-Zeigler et al., 2016; Carlson et al., 2013). Além da redução de sintomas psicopatológicos, os benefícios incluem a redução da impulsividade, a melhora da regulação emocional e da percepção de bem-estar (Keng et al., 2011). Em uma revisão sistemática realizada com o objetivo de avaliar a eficácia de MBIs realizadas com pacientes com transtornos mentais, foram analisados um total de 142 ensaios clínicos randomizados que incluíam 12.005 participantes (Goldberg et al., 2018). Os resultados desse estudo ressaltam a eficácia de MBIs na redução de sintomas de

depressão, ansiedade, esquizofrenia, entre outros diagnósticos. Ademais, quando comparados com outras modalidades de cuidado, a potência dos tratamentos mindfulness foi semelhante ao uso de medicações antidepressivas e a intervenções psicológicas comumente utilizadas, como a Terapia Cognitivo Comportamental. No entanto, a ampliação desses achados para pacientes com transtornos mentais graves pode ser restrita, pois os quadros clínicos agudizados usualmente são utilizados como critério de exclusão nos estudos empíricos de eficácia clínica.

Os transtornos mentais podem ser definidos como um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem concomitantemente e que podem ter causas variadas que geram comprometimento da vida do indivíduo (APA, 2013). Os quadros agudos desses transtornos são delimitados pela apresentação de comportamentos ou sintomas que geram elevado risco de autonegligência, suicídio ou heteroagressão (Abas et al., 2003). Entre as condutas terapêuticas comumente adotadas nos serviços de saúde para o manejo da agudização desses quadros estão as intervenções ambientais como, por exemplo, a remoção de objetos ou contextos que exacerbam a crise; as intervenções comportamentais, a partir da comunicação verbal entre equipe de saúde e paciente; e as intervenções farmacológicas, em último caso, quando o manejo verbal não se mostra suficiente para retirar o paciente de uma situação de risco para si mesmo ou para outros (Del-Ben et al., 2017).

Diante dessas características clínicas específicas dos pacientes em estado agudo, uma série de limitações pode dificultar a realização de estudos que visam avaliar a eficácia de MBIs com essa população. A presença de pensamentos intrusivos ou ruminativos e a dificuldade de alguns pacientes em seguir orientações simples, por exemplo, podem dificultar o engajamento durante o treino em mindfulness (Lavin, 2016). Além disso, as mudanças no esquema de medicamentos ocorridas em tratamentos hospitalares (López-Navarro et al., 2015) e a dificuldade de alguns pacientes com agitação psicomotora em permanecerem no local durante a intervenção (Spinelli et al., 2020), são exemplos de situações em que as alterações do nível de atenção do paciente podem limitar a sua adesão às práticas contemplativas.

Como forma de superar essas limitações e adaptar adequadamente as MBI para pacientes em estado agudo, tem sido discutida a necessidade de um maior detalhamento do protocolo de intervenção, com a previsão de estratégias para lidar com as dificuldades comumente encontradas na implementação de práticas mindfulness com esses pacientes. As intervenções com maior predominância de práticas informais, ou seja, aquelas mais facilmente vivenciadas ao longo das atividades comuns do cotidiano, têm sido indicadas como mais apropriadas quando comparadas às intervenções centradas em práticas formais, devido ao fato dessas últimas demandarem maior esforço reflexivo e introspectivo dos participantes (Lavin, 2016). Uma vez que pacientes em estado agudo possuem alto nível de estresse psicológico e emocional, entende-se que o engajamento em práticas formais

pode ser mais difícil do que a inserção de pequenas mudanças em práticas cotidianas.

O presente estudo demonstra sua relevância ao sistematizar o conhecimento produzido sobre uma temática que não possui estudos de revisão publicados até o momento, fornecendo subsídios tanto para o desenvolvimento de futuras investigações, quanto para a atuação de profissionais de saúde na implementação desse modelo de intervenção. Deste modo, com o objetivo de analisar as características das MBIs para pacientes em quadros agudos de transtornos mentais, buscou-se investigar o tipo de abordagem, os níveis de formalidade e os objetos da percepção estimulados nessas intervenções.

Método

Este é um estudo de revisão integrativa da literatura nacional e internacional. Este delineamento é frequentemente recomendado para investigações que visam a identificação, análise e síntese do conhecimento amplamente produzido sobre o tema (Souza et al., 2010). Deste modo, o estudo foi desenvolvido em cinco etapas: (1) elaboração da pergunta norteadora, (2) estratégia de busca na literatura, (3) coleta de dados, (4) análise crítica do conteúdo, e (5) discussão dos resultados.

A busca na literatura foi realizada em quatro bases de dados: Web of Science, Embase, PubMed e BVS. Inicialmente foi realizada uma busca piloto com a utilização dos descritores: "mindfulness" AND "mental health", OR "mental illness", OR "mental disorder" e OR "psychiatric disorder". Todavia, como essa busca inicial se mostrou demasiadamente restrita, foi definida uma estratégia de busca que possibilitasse um acesso mais amplo às intervenções em quadros agudizados. Deste modo, os descritores utilizados em cada uma das bases de dados foram: "mindfulness" AND "severe", OR "acute", OR "grave", OR "crisis", OR "critical" e OR "inpatient".

Como critérios de inclusão, foram analisados apenas artigos científicos que descrevessem MBIs realizadas com pacientes em quadros agudos de transtornos mentais. Foram considerados os estudos com participantes de todas as idades, hospitalizados ou em tratamento intensivo para transtorno mental. Não houve discriminação de ano de publicação ou de delineamento de pesquisa e foram incluídos textos escritos nos idiomas inglês, português e espanhol com resumos disponíveis nas bases de dados eletrônicas selecionadas. Considerando o interesse na compreensão sobre a prática de intervenção, os critérios de exclusão foram: artigos teóricos, artigos sobre fatores preditores, artigos sobre custo/benefício, revisões de literatura e outros formatos de publicações (e.g.: pôsteres, resumos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e livros).

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos, o primeiro em agosto de 2020 e o segundo exatos seis meses depois da primeira coleta, com o objetivo de inserir novos artigos que pudessem ter sido publicados neste intervalo de tempo. Todos os artigos foram submetidos ao processo

de elegibilidade através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, primeiramente sendo examinados pelo título, logo após pelo resumo e, por fim, pela leitura do texto completo (ver Figura 1). As análises foram realizadas por dois juízes independentes e as diferenças em relação às classificações foram discutidas, com base nas definições das categorias de análise, até que fosse alcançado o consenso. A confiabilidade entre juízes foi estabelecida com base em 200 textos e atingiu o índice de concordância de 95.5%, considerado excelente (Stemler, 2004). Este índice foi calculado a partir da quantidade de discordâncias, antes de iniciar as discussões para o consenso. Apesar do alto nível de confiabilidade entre os autores, todas as etapas de seleção (por título, resumo e leitura completa dos textos) foram realizadas pelos dois juízes independentes.

Tabela 1
Nível de confiabilidade

Fase de revisão	Nº de artigos	Confiabilidade
Análise de títulos	2887 artigos	99%
Análise de resumos	130 artigos	91%
Análise do texto completo	59 artigos	98%

Nota. A confiabilidade entre juízes foi estabelecida pela porcentagem de concordância absoluta e valores acima de 90% são considerados altos (Stemler, 2004).

A primeira etapa de buscas nas bases de dados (ver Figura 1) retornou um total de 5523 textos, dos quais permaneceram 2887 após a remoção dos itens duplicados. Ao proceder com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão por título, houve uma queda expressiva do número de artigos selecionados e apenas 130 estudos foram mantidos para a fase de seleção através do resumo. Este fato ocorreu devido à decisão dos autores em utilizar descritores que permitissem uma busca mais ampla nas bases de dados. Tal decisão levou à inclusão de estudos sobre a agudização de diversos quadros clínicos orgânicos, não apenas aqueles presentes nos transtornos mentais.

Após a análise dos resumos, 59 artigos foram submetidos à fase de leitura completa do texto. Desse total, 24 estudos não descreveram intervenções com pacientes em quadros agudos; oito eram artigos teóricos sobre a temática; sete não eram artigos (pôsteres, workshops, dissertação de mestrado e resumos de conferências); um artigo era uma revisão sistemática de literatura; e o artigo remanescente foi excluído pela impossibilidade de acesso. Portanto, a primeira coleta foi finalizada com 18 artigos no total.

A segunda etapa de coleta obedeceu aos mesmos critérios do primeiro momento. Foram coletados 606 artigos publicados posteriormente à data da primeira coleta. Após a exclusão dos itens duplicados, permaneceram 350 artigos para análise. Realizadas a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão por título e resumo, restaram 10 artigos que foram submetidos

à leitura completa do texto. Desse total, três não se caracterizavam como artigos científicos (e.g., pôsteres e resumos de conferências); em seis deles os participantes não se encontravam em quadro agudo de transtornos mentais; e o artigo remanescente já havia sido incluído na primeira coleta. Desta forma, nenhum artigo foi incluído na segunda fase, sendo a amostra final composta pelos 18 artigos coletados na primeira etapa. A análise dos textos selecionados dados foi realizada em quatro etapas: (a) análise das variáveis descritivas; (b) criação das categorias de análise; (c) extração dos dados dos artigos; e (d) análise da frequência e/ou predominância dos dados extraídos.

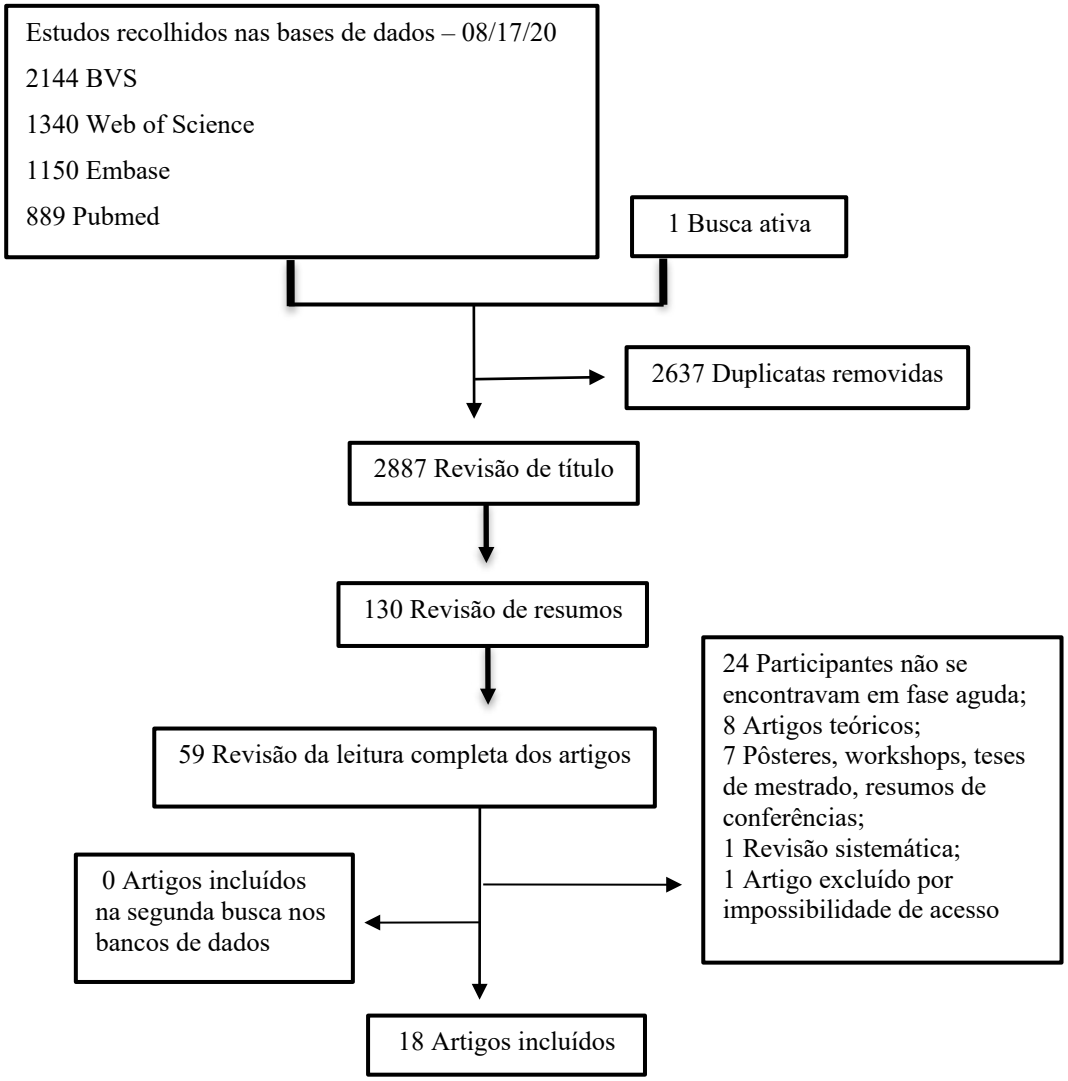

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção de artigos nas bases de dados.

Resultados

Os resultados serão apresentados em duas seções. Inicialmente são apresentados os resultados descritivos para a caracterização dos participantes e dos protocolos de intervenção dos estudos revisados. Em seguida são apresentados três grandes aspectos analisados neste estudo e as classificações dos achados de acordo com cada uma delas.

Os 18 artigos selecionados para esta revisão avaliaram, em conjunto, um total de 645 participantes. Os estudos foram realizados no Reino Unido (44,4%), nos Estados Unidos da América (38,8%), no Canadá (5,6%), na China (5,6%) e na Espanha (5,6%), não tendo sido encontrados estudos realizados no Brasil. A maior parte dos participantes tinha idades de 18 a 67 anos (83,3%) e apenas três intervenções foram realizadas com o público infanto-juvenil (16,7%), com idades de sete a 19 anos. Já em relação ao diagnóstico psiquiátrico, nove intervenções (50%) foram realizadas com pacientes com diagnósticos específicos, a maioria diagnosticada com esquizofrenia ou com sintomas psicóticos (38,9%), além do transtorno depressivo maior e transtorno por uso abusivo de substâncias (11,1%). Os demais estudos possuíam uma amostra de pacientes com diferentes diagnósticos de transtornos mentais (50%).

Sobre os protocolos de intervenção avaliados, 61% foram utilizados com pacientes em unidades hospitalares, os demais foram utilizados com pacientes vinculados a ambulatórios (33%) e tratamentos domiciliares intensivos (6%). Do total, 12 intervenções foram realizadas em grupos (67%), quatro realizadas de forma individual (22%) e duas de forma mista (11%). Todas as intervenções foram realizadas de forma presencial e intermediadas por instrutores, apenas uma utilizou um aplicativo (Headspace© - Puddicombe & Pierson, 2010) como ferramenta de apoio para a intervenção.

A maioria dos estudos (72,3%) identificou o protocolo de intervenção utilizado durante o treinamento das habilidades mindfulness (ver Tabela 2). Cinco estudos (27,7%) não nomearam os protocolos utilizados, referindo que as intervenções foram baseadas nos princípios e técnicas dos protocolos MBCT e MBSR e que realizam as adaptações necessárias para as especificidades da população avaliada e de local de intervenção. Sete intervenções (39%) não explicitaram a duração da prática e informaram apenas a duração do treinamento total. As demais (61%) designaram uma média de 10 a 15 minutos de prática guiadas por instrutores. Tais intervenções não delimitaram um período uniforme, visto que a frequência e o número das sessões variaram de acordo com as especificidades do local de implementação e da duração do internamento dos participantes. As frequências mais comuns foram de uma ou três vezes por semana (27,7% cada), tendo o número total de sessões variado entre uma e 14 sessões.

Dos estudos selecionados, três adaptaram ou desenvolveram protocolos específicos para o público infanto juvenil. Na intervenção com participantes de sete a doze anos, foi utilizado o “Mindful Life: Schools” (MLS), um protocolo adaptado para ensinar habilidades de autorregulação e relaxamento através de práticas de mindfulness, incorporando jogos, atividades e aulas estruturadas. Um outro estudo, com participantes de 13 a 17 anos, foi submetido a participação no iMatter, protocolo projetado para aumentar o uso da habilidade em adolescentes internados em uma unidade psiquiátrica. Já o estudo com jovens de 13 a 19 anos, não especificou qual protocolo de intervenção foi utilizado e apenas informou a realização de adaptações para melhor compreensão dos adolescentes.

Tabela 2
Caracterização dos estudos selecionados.

Autor (ano)	País	Diagnóstico	Modalidade	Protocolo	Adaptações ao protocolo	Tipo de Abordagem	Nível da formalidade	Objeto da Percepção
Chadwick et al. (2005)	UK	Psicose	Grupo	Baseado no MBCT e MBSR	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial e analítico	Formal	Interocepção e eventos privados
Blum et al. (2021)	USA	Diferentes diagnósticos	Grupo	-	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção e eventos privados
Chadwick et al. (2009)	UK	Psicose	Grupo	PBCT	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção
Chadwick et al. (2016)	UK	Esquizofrenia ou sintomas psicóticos	Grupo	PBCT	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção e eventos privados
Felver et al. (2017)	USA	Diferentes diagnósticos	Grupo	MLS	Não especificou as adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal e informal	Interocepção, exterocepção, propriocepção e eventos privados
Jacobsen et al. (2011)	UK	Psicose	Grupo	Chadwick et al. (2005)	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial e analítico	Formal	Interocepção e eventos privados
Jacobsen et al. (2016)	UK	Esquizofrenia ou sintomas psicóticos	Individual	MBCI	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial e analítico	Formal e informal	Interocepção e eventos privados
Jacobsen et al. (2020)	UK	Esquizofrenia ou sintomas psicóticos	Individual	MBCI	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção e eventos privados
Knight et al. (2012)	USA	Transtorno depressivo maior	Grupo e individual	MBSR, MBCT	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial e analítico	Formal	Interocepção e eventos privados

Tabela 2
Caracterização dos estudos selecionados. (Continuação.)

Millar et al. (2020)	UK	Esquizofrenia	Grupo	PBCT4	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial e analítico	Formal	Interocepção e eventos privados
Mistler et al. (2017)	USA	Diferentes diagnósticos	Individual	Headspace©	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção
Nikolitch et al. (2016)	CAN	Diferentes diagnósticos	Grupo	-	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal e informal	Interocepção, exterocepção e propriocepção
Price et al. (2019)	USA	Transtorno por uso de substâncias	Individual	MABT	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial e analítico	Formal	Interocepção
Sams et al. (2018)	USA	Diferentes diagnósticos	Grupo	iMatter	Protocolo criado para a intervenção	Experiencial e analítico	Formal	Interocepção, exterocepção, propriocepção e eventos privados
Sheng et al. (2018)	CHN	Esquizofrenia	Grupo e individual	-	Não especificou as adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção
Valderrama et al.(2016)	ESP	Diferentes diagnósticos	Grupo	-	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal	Interocepção e propriocepção
Wupperman et al.(2019)	USA	Diferentes diagnósticos	Grupo	MMT	Não houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal e informal	Interocepção
York, M. (2007)	UK	Diferentes diagnósticos	Grupo	-	Houve adaptações ao protocolo	Experiencial	Formal e informal	Interocepção e propriocepção

Legenda. MBCT = Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBSR = Mindfulness-Based Stress Reduction Program; PBCT = Group Person-Based Cognitive Therapy; MSL = Mindful Life: Schools; MBCI = Mindfulness-Based Crisis Interventions; MABT = Mindful Awareness in Body-oriented Therapy; iMatter = Improve Mindful Attention, Enhance Relaxation Program; MMT = Mindfulness and Modification Therapy.

Os três grandes aspectos das MBIs analisadas neste estudo foram: 1) o tipo da abordagem, o qual esclarece se a intervenção possuía um caráter experiencial ou analítico; 2) o nível de formalidade da prática em mindfulness, que define se as práticas realizadas eram formais ou informais; e 3) o objeto da percepção estimulado, diferenciados entre interocepção, exterocepção e propriocepção. Além destes três objetos da percepção consistentemente reconhecidos na literatura, este estudo identificou a necessidade de criação de uma quarta categoria denominada "eventos privados". Tal estratégia analítica foi utilizada devido à vasta presença de exercícios que tinham como objetivo principal a observação dos pensamentos, sentimentos e emoções (e.g., práticas de aceitação, abertura, postura não julgadora, auto-observação de pensamentos e sentimentos, etc.), os quais não poderiam ser reduzidos aos três tipos de estimulação mencionados anteriormente por se tratarem da auto-observação de comportamentos verbais privados ou emoções não redutíveis a sensações.

Dentre os protocolos de intervenção investigados, 11 intervenções tiveram um caráter exclusivamente experiencial (61%), e os demais apresentaram intervenções mistas (39%), que possuíam caráter tanto experiencial quanto analítico. Ou seja, nenhuma das intervenções investigadas possuía um caráter exclusivamente analítico. Na categoria “nível de formalidade", 100% das intervenções possuíam como foco principal a utilização de práticas formais de mindfulness, como por exemplo, práticas com foco na respiração e na consciência corporal. Oito delas (44%) também traziam sugestões de atividades extra intervenção, disponibilizando, em sua maioria, áudios gravados com práticas guiadas. Apenas seis intervenções (33%) descreveram um caráter misto e incluíram práticas informais, principalmente as práticas de alimentação e do movimento de caminhar.

Por fim, no que diz respeito à identificação do objeto da percepção estimulado, os resultados apontam que uma parcela das intervenções (28%) incluía exclusivamente práticas interoceptivas. Porém, a maior parte dos treinamentos teve como foco a interocepção em conjunto com mais um objeto da percepção, sendo eles os eventos privados (44,4%) e a propriocepção (11%). Uma única intervenção (5%) teve como foco os três objetos da percepção (interocepção, exterocepção e propriocepção), e duas intervenções (11%) estimularam os quatro níveis.

Discussão

O presente estudo analisou as características das MBIs para pacientes em quadros agudos de transtornos mentais. Para tanto, foram investigados o tipo de abordagem, os níveis de formalidade e os objetos da percepção estimulados. Os resultados revelam que a maioria dos estudos incluiu participantes adultos com sintomas psicóticos. As intervenções foram implementadas presencialmente, mais frequentemente com grupos de pacientes hospitalizados e utilizando práticas guiadas de mindfulness de curta duração. Os protocolos de intervenção possuíam caráter predominantemente

experiencial, com práticas formais focadas na estimulação da interocepção e dos eventos privados.

Assim como no público adulto, as estratégias utilizadas para o treinamento em mindfulness com o público infanto-juvenil também incluíam práticas experienciais, focadas na interocepção e introduziam os principais conceitos de mindfulness, como a regulação da atenção, o não julgamento e a consciência corporal. As adaptações realizadas nas MBIs tiveram como principal objetivo dinamizar a intervenção e adaptar a linguagem ao público-alvo, visando gerar um maior engajamento dos participantes nas atividades realizadas a partir de jogos, atividades e aulas. Apesar da literatura sugerir diferentes benefícios e a efetividade da utilização de práticas contemplativas com o público infanto-juvenil em tratamento psiquiátrico intensivo - como, por exemplo, na redução da ansiedade (Blum et al., 2021; Sams et al., 2018), e como estratégia substitutiva às intervenções físicas (e.g., isolamentos e contenções) (Felver et al., 2017) - os estudos especificamente com essa população ainda são bastante escassos.

No que diz respeito aos diagnósticos psiquiátricos, houve uma prevalência de estudos empíricos realizados com pacientes com sintomas psicóticos. A sistematização das MBIs realizadas para esse público-alvo surge na literatura a partir da adaptação dos protocolos MBSR e MBCT, dando origem, posteriormente, a uma terapia específica para pessoas em sofrimento decorrente dos sintomas psicóticos (PBCT, do inglês Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis) (Chadwick et al., 2005). Em contrapartida, alguns estudos avaliaram a implementação de MBIs com grupos de pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos agudos, o que ressalta a característica transdiagnóstica deste modelo de tratamento. Tal dado é relevante para se pensar na realização de uma investigação específica sobre os principais processos de mudança clínica que levam à efetividade das MBIs para pacientes com transtornos mentais agudizados. Essa tendência está em acordo com a recente literatura das terapias comportamentais e cognitivas, que vem ressaltando a necessidade de orientar as terapias baseadas em processos de mudança clínica ao invés de priorizar intervenções protocolares construídas com base em classificações sindrômicas (Hayes & Hofmann, 2020; Hofmann & Hayes, 2018).

Embora tenham sido encontrados estudos desenvolvidos em instituições de saúde não-hospitalares, como, por exemplo, em unidades ambulatoriais, a maioria das intervenções analisadas foram realizadas com pacientes hospitalizados. No Brasil, os serviços de assistência à saúde mental são organizados de acordo com o nível de complexidade do tratamento prestado e compreendem a atenção primária, com unidades básicas de saúde; a atenção secundária, com serviços especializados em saúde mental; e a atenção terciária, com hospitais e unidades de urgência e emergência. Tais serviços se organizam de modo que a assistência em saúde deve ser oferecida no território do indivíduo (i.e., no local onde reside, considerando suas particularidades culturais e infra estruturais), buscando promover a reinserção social e substituir o modelo asilar proveniente dos hospitais

psiquiátricos (Lei n. 10.216, 2001; Portaria n. 3.088, 2011). Sendo assim, a ausência de pesquisas realizadas a nível nacional e a baixa variabilidade nos locais de realização das intervenções revelam a necessidade de futuras investigações sobre a implementação dessas estratégias de cuidado em outros níveis de atenção à saúde, além do ambiente hospitalar, especialmente porque a assistência à saúde mental no Brasil contempla diferentes equipamentos e níveis de complexidade em saúde. As MBIs parecem adequadas para essa lógica de cuidado, e o seu impacto na prevenção de crises e re-hospitalizações de pacientes com transtornos mentais devem ser investigadas em estudos futuros.

Os resultados encontrados na presente revisão revelam que apenas um estudo analisado foi mediado por tecnologias de informação e comunicação, e ainda que não tenha sido realizado no Brasil, os achados de estudos no exterior podem ser aproveitados em nosso sistema de saúde de forma a prevenir agravos e promover saúde à população com transtornos mentais, principalmente em momentos de emergência sanitária. Com o advento da doença respiratória provocada pelo novo Coronavírus-2019 (COVID-19), anunciada como pandêmica no dia 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2020), foram elaborados planos de contingenciamento para evitar a proliferação do vírus gerador da doença (SARS-CoV-2). Entre as estratégias para contenção das taxas de contaminação da doença, o distanciamento social demonstrou-se o mais efetivo para evitar novos contágios. A partir de então, as intervenções mediadas por ferramentas online e plataformas de vídeo surgiram como alternativa para dar continuidade à assistência em domicílio de diversas situações de saúde. Apesar do Conselho Federal de Psicologia (CFP) orientar e regulamentar a utilização de tecnologias de informação e comunicação durante o período da pandemia, o manejo virtual de urgências e emergências psicológicas continuou vetado (CFP, 2020). Todavia, diferentes evidências de estudos internacionais sugerem a eficácia de MBIs online na promoção de saúde mental de pacientes com quadros do transtorno bipolar (Murray et al., 2015), transtornos da ansiedade (Boettcher et al., 2014) e depressão maior (Ly et al., 2014).

Embora a maioria dos estudos revisados tenham descrito os protocolos que fundamentaram a realização das intervenções, essa descrição é pouco detalhada, muitas vezes sem pormenorizar as adaptações realizadas no protocolo original. Considerando a importância da adaptação da intervenção em mindfulness ao seu público-alvo (Demarzo & Campayo, 2015), principalmente em pacientes em fase aguda de diferentes transtornos, a descrição limitada dos procedimentos utilizados constitui-se um problema significativo para as especificidades dos participantes. Para além disso, a ausência dessas informações limita a usabilidade da intervenção por profissionais da assistência à saúde, restringindo a produção e a atualização do conhecimento sobre mindfulness ao campo científico. Portanto, uma melhor descrição das adaptações realizadas nos protocolos se mostra fundamental para uma melhor instrumentalização dos profissionais da saúde,

e, consequentemente, para um melhor aproveitamento da intervenção pelo público-alvo.

Os resultados também apontam que todas as intervenções analisadas possuíam práticas essencialmente experienciais, ou seja, os participantes foram estimulados a desenvolver as habilidades propostas pelo treinamento em sessão ou em sua rotina cotidiana. Esse dado encontra-se de acordo com o que a literatura apresenta sobre o aprendizado dessa habilidade e a aplicação dos conceitos das práticas contemplativas. Kabat-Zinn (2005) se utiliza da metáfora da alimentação para defender a importância da experiência para aquisição dessa habilidade, ao afirmar que a única forma de nutrir-se é consumindo o alimento. Em outras palavras, é através da prática sistemática do mindfulness que se pode cultivar e colher os seus benefícios. Já no que diz respeito ao outro tipo de abordagem categorizada, foi possível observar que nenhuma intervenção possuía uma abordagem exclusivamente analítica. Dentre as abordagens analíticas utilizadas em geral, a psicoeducação pode ser classificada como a estratégia mais utilizada nas intervenções psicológicas. Porém, os estudos revisados deram pouca ênfase aos fatores psicoeducativos do mindfulness, não esclarecendo os aspectos específicos que devem ser priorizados dentro dos seus protocolos de intervenção. Em um contexto mais amplo, a psicoeducação assume um papel essencial no tratamento dos transtornos mentais. No Transtorno Bipolar, por exemplo, tal estratégia assume função prioritária dentre as possibilidades de intervenções psicológicas, auxiliando os participantes na adesão ao tratamento, no manejo precoce de sinais e sintomas do transtorno e na estimulação de hábitos de vida estáveis e saudáveis (Colom & Vieta, 2004). Considerando a relevância da psicoeducação em outros tipos de tratamento, é importante ressaltar a necessidade de pesquisas empíricas que verifiquem a sua eficácia também enquanto componente das MBI.

As adaptações das intervenções para pacientes com sintomas psicóticos são exemplos de como as práticas formais de mindfulness podem ser utilizadas em casos agudizados. O protocolo mais utilizado para este público-alvo realizou modificações nas práticas de respiração usualmente utilizadas em outras intervenções, diminuindo sua duração para duas práticas de 10 minutos em cada sessão. Durante toda a intervenção, os instrutores guiavam a prática com orientações, comentários ou lembretes a cada dois minutos com o objetivo de evitar longos períodos de silêncio, para que os pacientes não se engajassem no conteúdo psicótico (Chadwick et al., 2005). Já no que diz respeito às práticas informais, em uma pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de intervenção realizado apenas com práticas breves e informais de mindfulness, os resultados revelam que as práticas informais, mesmo quando aplicadas isoladamente, são efetivas no desenvolvimento dessas habilidades na população em geral (Shankland et al., 2021). Wielgosz e colaboradores (2019) também abordam os benefícios da adaptação de práticas informais de mindfulness para pacientes que apresentam dificuldade em realizar práticas de meditação, utilizando como exemplo o Transtorno de Personalidade Borderline.

Tais dados são indicadores importantes para pesquisas futuras que levem em consideração a hipótese de que pacientes com transtornos mentais agudizados se beneficiariam de práticas informais de mindfulness, uma vez que a objetividade das situações do cotidiano depende de uma menor necessidade de abstração1 da atenção quando comparadas às práticas meditativas (Lavin, 2016).

No que concerne aos objetos da percepção estimulados ao longo das intervenções, a elaboração da categoria "eventos privados" se mostrou fundamental, visto que a maioria dos treinamentos (44%) tiveram como foco a interocepção em conjunto com os eventos privados. Entretanto, a definição dessa categoria ainda encontra algumas limitações porque a ênfase dada aos eventos privados como objeto da percepção ainda é escassa na literatura. Em todo caso, apesar dessa dificuldade, os achados empíricos revelaram a pertinência dessa categoria e um melhor refinamento teórico será essencial para o desenvolvimento de estudos futuros. Já no que diz respeito à frequência da interocepção enquanto objeto da percepção, tal fator pode ser justificado pelo grande volume de intervenções baseadas no protocolo MBSR de Kabat-Zinn (Farb et al., 2013). Como foi elaborado para pacientes em quadros de dor crônica, esse protocolo possui como foco a estimulação da consciência do corpo e da respiração. Também pode-se encontrar, nesse mesmo protocolo, práticas com o objetivo de estimular a exterocepção, ou seja, aquelas que se dão no contato com o ambiente externo, porém, em menor quantidade. Tendo em vista que o principal objetivo do mindfulness é promover a autorregulação da atenção, isto é, desenvolver a habilidade de migrar o polo da atenção (Bishop et al., 2004), a interocepção é um componente importante para desenvolver essa habilidade (Gibson, 2019).

Entretanto, uma vez que as práticas mindfulness visam o desenvolvimento de um repertório de interocepção (i.e., a percepção dos estados de corpo, envolvendo emoções, sensações, etc) (Ceunen et al., 2016), diferentes estudos teóricos descrevem que essas práticas podem ser aversivas para pacientes em quadros agudos de transtornos mentais (Demarzo & Campayo, 2015; Lavin, 2016). Os autores sugerem que os exercícios que visam a introspecção estimulam um maior contato com a experiência privada, como as sensações dos batimentos cardíacos e da respiração, além de pensamentos e emoções. Esses estímulos, por si só, podem ser aversivos quando o paciente está em um momento de agudização dos sintomas psicopatológicos. Por outro lado, existe também a hipótese de que as práticas exteroceptivas e proprioceptivas, devido ao fato de estimularem os cinco sentidos e o contato com o mundo externo, poderiam auxiliar na generalização das habilidades de mindfulness para situações do cotidiano de indivíduos com transtornos mentais. Em suma, o desenvolvimento de estudos empíricos que levem em consideração tais hipóteses e favoreçam a compreensão das especificidades e importância de cada objeto da percepção estimulados nas MBIs será fundamental para o enriquecimento da literatura.

Conclusões

As MBIs, ainda que bastante exploradas em diversos quadros clínicos, apresentam-se como estratégias pouco investigadas para a assistência a pacientes em fase aguda de transtornos mentais. A literatura é consistente sobre os efeitos de MBIs com pacientes psiquiátricos em quadros estáveis, mas os achados sobre sua utilização com pacientes em fase aguda ainda são demasiadamente escassos.

Entre os principais achados do presente estudo, ressalta-se a importância da implementação das MBIs em outros serviços de saúde, além do ambiente hospitalar, e da possibilidade de sua utilização como estratégia online para prevenir agravos e promover saúde à população com transtornos mentais em momentos de emergência sanitária. Também foi destacada a necessidade de uma melhor descrição das adaptações realizadas nas intervenções a partir do público-alvo, visando a melhor instrumentalização dos profissionais da saúde. No que diz respeito aos três grandes aspectos investigados nessa revisão, ressalta-se a necessidade de pesquisas empíricas que avaliem a eficácia da psicoeducação enquanto componente das MBIs, os benefícios das práticas informais de mindfulness e da estimulação de outros objetos da percepção, além da interocepção e dos eventos privados, para pacientes em estado agudo de transtornos mentais.

Quanto às limitações observadas, deve ser levado em consideração que a quantidade reduzida de artigos revisados se deu devido à escassez de estudos empíricos desenvolvidos especificamente com pacientes com transtornos mentais agudizados. Como alternativa para gerar uma coleta de dados mais ampla, sugere-se que diferentes diagnósticos psiquiátricos sejam incluídos como descritores, devido à tendência da literatura em realizar intervenções com recortes específicos de pacientes. Em todo o caso, o presente trabalho oferece uma contribuição importante por sistematizar informações do conhecimento já produzido e indicar as lacunas existentes para futuras investigações, além de fornecer orientações para profissionais da saúde que desejam utilizar as MBIs com essa população-alvo.

Referências incluídas na revisão integrativa

Blum, H., Rutt, C., Nash, C., Joyce, V., & Buonopane, R. (2021). Mindfulness Meditation and Anxiety in Adolescents on an Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *27*(2), 65–83. https://doi.org/10.1080/08854726.2019.1603918

Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*(4), 403–412. https://doi.org/10.1017/S1352465809990166

Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A.-M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., & Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, *175*(1), 168–173. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.001

Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*(3), 351–359. https://doi.org/10.1017/S1352465805002158

Felver, J. C., Jones, R., Killam, M. A., Kryger, C., Race, K., & McIntyre, L. L. (2017). Contemplative Intervention Reduces Physical Interventions for Children in Residential Psychiatric Treatment. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *18*(2), 164–173. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0720-x

Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*(3), 349–353. https://doi.org/10.1017/S1352465810000639

Jacobsen, P., Peters, E., & Chadwick, P. (2016). Mindfulness-Based Crisis Interventions for patients with psychotic symptoms on acute psychiatric wards (amBITION study): Protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, *2*(1), 43. https://doi.org/10.1186/s40814-016-0082-y

Jacobsen, P., Peters, E., Robinson, E. J., & Chadwick, P. (2020). Mindfulness-based crisis interventions (MBCI) for psychosis within acute inpatient psychiatric settings; a feasibility randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 193. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02608-x

Knight, M., Pultinas, D., Collins, S., Sellig, C., Freeman, D. C., Strimaitis, C., Simms, N., & Silver, R. R. (2014). Teaching Mindfulness on an Inpatient Psychiatric Unit. *Mindfulness*, *5*(3), 259–267. https://doi.org/10.1007/s12671-012-0175-5

Millar, A., Tip, L., Lennon, R., Macinnes, M., Michalska, B., Lawrie, S. M., & Schwannauer, M. (2020). The introduction of mindfulness groups to a psychiatric rehabilitation in-patient setting: A feasibility study. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 322. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02725-7

Mistler, L. A., Ben-Zeev, D., Carpenter-Song, E., Brunette, M. F., & Friedman, M. J. (2017). Mobile Mindfulness Intervention on an Acute Psychiatric Unit: Feasibility and Acceptability Study. *JMIR Mental Health*, *4*(3), e7717. https://doi.org/10.2196/mental.7717

Nikolitch, K., Laliberté, V., Yu, C., Strychowsky, N., Segal, M., Looper, K. J., & Rej, S. (2016). Tolerability and suitability of brief group mindfulness-oriented interventions in psychiatric inpatients: A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *20*(3), 170–174. https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1197276

Price, C. J., Thompson, E. A., Crowell, S. E., Pike, K., Cheng, S. C., Parent, S., & Hooven, C. (2019). Immediate effects of interoceptive awareness training through Mindful Awareness in Body-oriented Therapy (MABT) for women in substance use disorder treatment. *Substance abuse*, *40*(1), 102–115. https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1488335

Sams, D. P., Handley, E. D., & Alpert-Gillis, L. J. (2018). Mindfulness-based group therapy: Impact on psychiatrically hospitalized adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *23*(4), 582–591. https://doi.org/10.1177/1359104518775144

Sheng, J.-L., Yan, Y., Yang, X.-H., Yuan, T.-F., & Cui, D.-H. (2019). The effects of Mindfulness Meditation on hallucination and delusion in severe schizophrenia patients with more than 20 years' medical history. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, *25*(1), 147–150. https://doi.org/10.1111/cns.13067

Valderrama Lara, K., Rodriguez Castañeda, M. M., & Gonzalez Suarez, B. (2016). Intervención grupal basada en mindfulness para trastorno mental severo. Una experiencia con pacientes comunitarios. *Informaciones psiquiátricas*, *225*, 47–57. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-158264

Wupperman, P., Burns, N., Pugach, C. P., & Edwards, E. (2019). Treatment for Individuals With Severe Mental Illness Who Use Illicit Drugs While Maintained on Methadone: Mindfulness and Modification Therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *207*(12), 1005–1011. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001066

York, M. (2007). A qualitative study into the experience of individuals involved in a mindfulness group within an acute inpatient mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*(6), 603–608. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01148.x

Referências

Abas, M., Vanderpyl, J., Le Prou, T., Kydd, R., Emery, B., & Foliaki, S. A. (2003). Psychiatric hospitalization: Reasons for admission and alternatives to admission in South Auckland, New Zealand. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 620–625. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01229.x

Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., … Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Boettcher, J., Aström, V., Påhlsson, D., Schenström, O., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *45*(2), 241–253. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.11.003

Bos, E. H., Merea, R., van den Brink, E., Sanderman, R., & Bartels-Velthuis, A. A. (2014). Mindfulness training in a heterogeneous psychiatric sample: Outcome evaluation and comparison of different diagnostic groups. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(1), 60–71. https://doi.org/10.1002/jclp.22008

Burnett-Zeigler, I. E., Satyshur, M. D., Hong, S., Yang, A., T Moskowitz, J., & Wisner, K. L. (2016). Mindfulness based stress reduction adapted for depressed disadvantaged women in an urban Federally Qualified Health Center. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *25*, 59–67. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.08.007

Carlson, K. J., Silva, S. G., Langley, J., & Johnson, C. (2013). Mindful-Veteran: The implementation of a brief stress reduction course. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *19*(2), 89–96. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.12.003

Ceunen, E., Vlaeyen, J. W. S., & Van Diest, I. (2016). On the Origin of Interoception. *Frontiers in Psychology*, *7*, 743. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00743

Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: O papel da psicoeducação. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *26*, 47–50. https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700011

Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Resolução CFP número 04 de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19*. https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-detecnologia-da-informacao-e--da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=04/2020.

Del-Ben, C., Sponholz Junior, A., Mantovani, C., Faleiros, M., Corrêa-Oliveira, G., Guapo, V., & Marques, J. (2017). Psychiatric emergencies: Psychomotor agitation management and suicide risk assessment. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, *50*, 98. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112

Demarzo, M. M. P., & Campayo, J. G. (2015). *Manual Prático de Mindfulness: Curiosidade e Aceitação*. São Paulo: Palas Athena.

Demarzo, M. M. P., Cebolla, A., & Garcia-Campayo, J. (2015). The implementation of mindfulness in healthcare systems: A theoretical analysis. *General Hospital Psychiatry*, *37*(2), 166–171. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.11.013

Farb, N. A. S., Segal, Z. V., & Anderson, A. K. (2013). Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(1), 15–26. https://doi.org/10.1093/scan/nss066

Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2016). *Mindfulness e Psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Gibson, J. (2019). Mindfulness, Interoception, and the Body: A Contemporary Perspective. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2012. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02012

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *59*, 52–60. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011

Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2020). *Beyond the DSM Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment*. Oakland, CA: Context Press.

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). TCC Moderna CBT: Movendo-se em direção a terapias baseadas em processos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *14*(2), 77–84. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20180012

Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY, US: Bantam Books Trade Paperbacks.

Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1041–1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Lavin, D. (2016). The challenges of facilitating a mindfulness programme in a psychiatric inpatient unit. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *33*(4), 265–267. https://doi.org/10.1017/ipm.2015.41

Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

López-Navarro, E., Del Canto, C., Belber, M., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Lluis, J., … Chadwick, P. (2015). Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophrenia Research*, *168*(1–2), 530–536. https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.016

Ly, K. H., Trüschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T., Johansson, R., … Andersson, G. (2014). Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, *4*(1), e003440. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003440

Murray, G., Leitan, N. D., Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., … Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: Pilot evidence for feasibility and effectiveness. *Journal of Affective Disorders*, *178*, 46–51. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.024

Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Puddicombe, A., & Pierson, R. (2010). *Headspace* (versão 4.124) [Programa de computador]. Google Play Store. https://play.google.com/store/apps/details?id=com.getsomeheadspace.android&hl=en&gl=US&pli=1

Shankland, R., Tessier, D., Strub, L., Gauchet, A., & Baeyens, C. (2021). Improving Mental Health and Well-Being through Informal Mindfulness Practices: An Intervention Study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *13*(1), 63–83. https://doi.org/10.1111/aphw.12216

Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*, *8*(1), 102–106. https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134

Spinelli, C., Paradis-Gagné, E., Per, M., Fleischmann, M. H., Manova, V., Wallace, A., & Khoury, B. (2020). Evaluating the Use of Mindfulness and Yoga Training on Forensic Inpatients: A Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 614409. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.614409

Stemler, S. E. (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, *9*(1), 4. https://doi.org/10.7275/96jp-xz07

Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 285–316. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423

Wilson, K. G. (2008). *Mindfulness for two: an acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications, Inc.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report—51*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10