

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Benefícios da meditação para a saúde mental de
universitários: uma revisão sistemática

Alan da Silva Menezes de Assis

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

São Paulo

2023

Benefícios da meditação para a saúde mental de universitários: uma revisão sistemática

Alan da Silva Menezes de Assis

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Assis, Alan da Silva Menezes de

Benefícios da meditação para a saúde mental de universitários : uma revisão sistemática / Alan da Silva Menezes de Assis; orientadora Yara Maria de Carvalho. -- São Paulo, 2023.

83 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2023.

1. meditação. 2. saúde mental. 3. universitários. 4. estresse. 5. ansiedade. I. Maria de Carvalho, Yara, orient. II. Título.

Nome: ASSIS, Alan da Silva Menezes de

Título: Benefícios da meditação para a saúde mental de universitários: uma revisão sistemática

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof. Dr. Fernando Hellmann

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Julgamento: _____

Profa. Dra. Mariana Cabral Schweitzer

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Maria Aparecida da Silva Menezes de Assis, por todos os sacrifícios em prol de seus filhos e por sempre acreditar no meu potencial.

Ao meu pai, Orlando Menezes de Assis, por ter sido um pai presente, carinho e sempre amar sua família acima de tudo até o último dia.

A minha companheira, Larissa Midori de Souza Tanaka, por todo o apoio e amor.

A todos meus amigos que são uma segunda família e que são fonte de felicidade, orgulho e irmandade.

Ao professor Caio Fábio Schlechta Portella, que durante anos me incentivou e auxiliou na minha trajetória profissional e acadêmica.

A psicóloga Adriane Tegani, que me acompanhou durante toda a trajetória do mestrado e me auxiliou a cuidar de minha saúde mental.

A meus ancestrais, que fomentaram e abriram a minha estrada até aqui.

E por fim, a mim mesmo, por nunca ter desistido, mesmo quando parecia não ter mais esperanças.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 88887.603426/2021-00

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – 88887.603426/2021-00

RESUMO

ASSIS, A. S. M. **Benefícios da meditação para a saúde mental de universitários: uma revisão sistemática.** 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2023.

INTRODUÇÃO: Atualmente a ansiedade, o estresse e a depressão são os principais sintomas de problemas na saúde mental apresentados pelos universitários, estima-se que cerca de um terço desta população apresenta algum desses sintomas. **OBJETIVO:** Analisar as evidências clínicas sobre os benefícios da meditação na saúde mental de universitários através de uma revisão sistemática. **METODOLOGIA:** Foram identificados ensaios clínicos randomizados sobre os efeitos da meditação na saúde mental de estudantes universitários, redigidos em português, inglês e espanhol, e publicados entre 2018 e 2022. Foram excluídos ensaios quase randomizados, ensaios não randomizados, estudos observacionais, protocolos de ensaios clínicos, estudos preliminares, estudos que não tem a meditação como intervenção principal, reportagens e artigos sem acesso ao texto completo. As buscas foram realizadas em novembro de 2022, nas bases de dados: Embase; LILACS; MedLine/PubMed; SciELO e; *The Cochrane Library*. A ferramenta RoB 2 foi utilizada para avaliar o risco de viés e os artigos foram submetidos a uma análise de síntese qualitativa. **RESULTADOS:** Foram selecionados 19 artigos, sobre práticas de *mindfulness*, com 2054 participantes. A maioria dos estudos analisou os desfechos sobre o estresse, depressão, ansiedade e atenção plena, e os outros sobre qualidade de vida, satisfação com a vida e autocompaixão. Os estudos foram divididos em três categorias temáticas: intervenções assíncronas (8); intervenções online síncronas (4); intervenções presenciais (7). **DISCUSSÃO:** De forma geral, os resultados exprimem melhoras nos sintomas clínicos de estresse, ansiedade e depressão, além de promover atenção plena nos universitários. A meditação é uma prática de saúde que pode promovida por videochamadas, podcasts ou vídeos e podendo alcançar alunos da modalidade de ensino a distância, já que as iniciativas online parecem ter eficácia muito próxima das intervenções presenciais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados desta revisão contribuem para as evidências de que a meditação, principalmente o *mindfulness*, podem beneficiar a saúde mental de universitários, reduzindo os sintomas de estresse, ansiedade e depressão, além de melhorar a atenção plena. Estes resultados aparentam ser próximos tanto através encontros presenciais ou online, de forma síncrona ou assíncrona. Isso possibilita uma grande gama de possibilidades de aplicação na saúde de estudantes

universitários. Mais estudos são necessários para avaliar os efeitos a médio e longo prazo, além de analisar e comparar as características, eficácia e aplicabilidade da meditação aplicada de forma presencial, online síncrona ou assíncrona.

Palavras-chaves: meditação, saúde mental, universitários, estresse, ansiedade.

ABSTRACT

ASSIS, A. S. M. **Benefit of meditation for the mental health of university students: a systematic review**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2023.

INTRODUCTION: Anxiety, stress and depression are currently the main symptoms of mental health problems presented by university students, it is estimated that about one third of this population presents some of these symptoms. OBJECTIVE: To analyse the clinical evidence on the benefits of meditation on the mental health of university students through a systematic review. METHODOLOGY: We identified randomised controlled trials on the effects of meditation on mental health in university students, written in Portuguese, English and Spanish, and published between 2018 and 2022. We excluded quasi-randomised trials, non-randomised trials, observational studies, clinical trial protocols, preliminary studies, studies that do not have meditation as the main intervention, reports and articles without access to the full text. The searches were conducted in November 2022, in the databases: Embase; LILACS; MedLine/PubMed; SciELO and; The Cochrane Library. The RoB 2 tool was used to assess the risk of bias and the articles were subjected to a qualitative synthesis analysis. RESULTS: Nineteen articles were selected on mindfulness practices with 2054 participants. Most studies analysed outcomes on stress, depression, anxiety and mindfulness, and the others on quality of life, life satisfaction and self-compassion. The studies were divided into three thematic categories: asynchronous interventions (8); synchronous online interventions (4); face-to-face interventions (7). DISCUSSION: In general, the results express improvements in clinical symptoms of stress, anxiety and depression, as well as promoting mindfulness in university students. Meditation is a health practice that can be promoted by video calls, podcasts or videos and can reach distance learning students, since online initiatives seem to be very effective compared to face-to-face interventions. FINAL CONSIDERATIONS: The results of this review contribute to the evidence that meditation, especially mindfulness, can benefit the mental health of university students by reducing symptoms of stress, anxiety and depression, as well as improving mindfulness. These results appear to be forthcoming whether through face-to-face or online encounters, synchronously or asynchronously. This allows for a wide range of application possibilities in the health of university students. Further studies are needed to evaluate the medium- and long-term effects, as well as to analyse and compare the characteristics, effectiveness and applicability of meditation applied in person, online

synchronously or asynchronously.

Keywords: meditation, mental health, university students, stress, anxiety.

LISTA DE SIGLAS

ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
BVS MTCI	Biblioteca Virtual em Saúde das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
CEPS	Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DeSC	Descritores em Ciências da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FONAPRACE	Observatório do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Estudantis
LEPS	Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MACT	<i>Mindfulness and Acceptance and Commitment therapy</i>
MBCT	<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>
MBP	<i>Mindfulness-based Program</i>
MBSR	<i>Mindfulness-based Stress Reduction</i>
MCBP	<i>Mindfulness and Compassion-Based Program</i>
MLWC	<i>Mindfulness Living With Challenge</i>
MVC	<i>Mindfulness Virtual Community</i>
MSS	<i>Mindfulness Skills for Students Course</i>
NIH	<i>National Library of Medicina</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
Rayyan QCRI	<i>Rayyan Qatar Computing Research Institute</i>
RoB 2	<i>Risk of Bias in Randomized Trials</i>
RS	Revisão Sistemática
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Saúde mental dos universitários pré e pós pandemico	11
1.2 PICS como práticas promovedoras de saúde.....	15
1.3 A Meditação E saúde humana.....	17
2. OBJETIVO	19
3. MÉTODO	19
3.1 Pergunta norteadora.....	20
3.2 Critérios de inclusão e exclusão	20
3.3 Estratégia de busca	21
3.4 Seleção, Extração e Síntese dos dados.....	21
3.5 Análise de risco de Viés	22
4. RESULTADOS	23
4.1 Características dos estudos.....	24
4.1.1 Categoria 1: Intervenções assíncronas.....	27
4.1.2 Categoria 2: Intervenções online síncronas	29
4.1.3 Categoria 3: Intervenções presenciais	30
4.2 Análise de viés	31
5. DISCUSSÃO	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
7. REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	45
Apêndice 1.....	45
ANEXOS	48
Anexo 1.....	48
Anexo 2.....	51
Anexo 3.....	52

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia de *Coronavirus Disease* (COVID-19) em março de 2020. Devido a sua forma de transmissão, e as incertezas sobre os vários aspectos clínicos do vírus, foram estabelecidas diversas medidas para conter o avanço do vírus, sendo que o distanciamento social foi e está sendo uma das principais medidas adotadas em todo o mundo, visando controlar a transmissão do vírus. Outras medidas sanitárias se tornaram necessárias, como o fechamento de restaurantes, cinemas, parques, universidades, o uso de máscara e a quase total digitalização dos mais diversos serviços, trabalhos e da comunicação social (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020; VELAVAN; MEYER, 2020).

A pandemia não apenas afetou a vida cotidiana e a saúde física, mas também trouxe incertezas sociais e financeiras, impactando a saúde mental das pessoas. Isto impulsionou um aumento significativo nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse em indivíduos de todas as idades e contextos sociais (LIMA, 2020).

Com base em dados de endemias passadas, Ornell et al. (2020) identificaram que o número de pessoas afetadas psicologicamente durante uma pandemia tende a ser maior do que o número de pessoas infectadas. Eles estimam que entre um terço e metade da população pode desenvolver alguma consequência psicológica ou psiquiátrica, principalmente se não receberem os cuidados adequados. Essas consequências podem persistir por anos após o fim da infecção, tornando incalculáveis os impactos reais em diferentes contextos socioculturais.

Isso significa que, embora estejamos oficialmente em um período pós-pandêmico (OPAS, 2023), os impactos sobre a saúde mental estão longe de entrarem em declínio, exigindo atenção contínua por parte dos profissionais de saúde e das políticas públicas.

A prevalência de casos de depressão, ansiedade e estresse têm aumentado significativamente em todo o mundo. Antes mesmo da pandemia de COVID-19, a depressão já era a principal causa de incapacidade em todo o mundo e o suicídio a segunda principal causa de morte global entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (OPAS, 2022).

Esta faixa etária abrange grande parte da população universitária do Brasil, que já apresentava índices preocupantes de saúde mental antes da pandemia. Apesar da maioria dos universitários não fazerem parte dos grupos de maior risco biológico do vírus, estes são

fortemente impactados pelos agravos mentais causados pelo isolamento social, pelas mudanças bruscas de rotina e as incertezas em relação à saúde, o que tem contribuído para um aumento alarmante dos níveis de ansiedade, depressão e estresse (MAIA; DIAS, 2020).

1.1 SAÚDE MENTAL DOS UNIVERSITÁRIOS PRÉ E PÓS PANDEMICO

De acordo com OMS, a saúde mental é um estado de bem-estar emocional em que o indivíduo é capaz de lidar com as tensões e demandas da vida diária, reconhecer suas próprias habilidades, aprender, trabalhar e contribuir para a comunidade. É um aspecto fundamental da saúde geral e um componente vital da qualidade de vida e do bem-estar, que sustenta a capacidade individual e coletiva para tomar decisões, construir relacionamentos e moldar o mundo ao nosso redor (WHO, 2022).

Braga et al. (2017) complementam e definem que a saúde mental é a capacidade de administrar sua vida e suas emoções frente as mais diversas situações cotidianas, sem precisar deixar de vivenciarem outras áreas importantes da sua vida e rotina, e evidenciam a importância de atividades de lazer, de entretenimento e atividades físicas para a correta uma vida mais equilibrada e mentalmente saudável.

Manter um equilíbrio entre a saúde mental, física e social é fundamental para lidar com as adversidades do dia a dia, especialmente para estudantes universitários que enfrentam muitos desafios, mudanças e obstáculos durante os anos de graduação e pós-graduação. Esse período é crucial para a formação profissional e muitas vezes coincide com a transição da adolescência para a vida adulta, tornando-o especialmente importante. As saúdes mental, física e social são interdependentes e profundamente interligadas, o que torna o cuidado com cada uma delas uma necessidade vital para a qualidade de vida e bem-estar geral (BRAGA et al., 2017).

Santos e Simões (2019) identificaram que quase da metade dos alunos brasileiros concluintes dos cursos da área da saúde apresentavam sintomas moderado ou grave de ansiedade, sendo que muitos destes estavam sem nenhum tipo acompanhamento psicoterapêutico, indicando a necessidade de políticas, ações de atenção à saúde mental e intervenções assistenciais dentro das universidades.

Em 2018, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) em parceria com o Observatório do Fórum Nacional de Pró-Reitores de

Assuntos Estudantis (FONAPRACE) realizou uma pesquisa sobre o perfil socioeconômico dos estudantes universitários, onde identificou que a maioria dos estudantes universitários encontra-se com idade entre 17 a 24 anos, sendo este um período de transição e início da vida adulta, uma fase de construção de identidade pessoal e profissional, maiores responsabilidades e autonomia, expectativas em relação a vida e ao trabalho, instabilidades materiais, relacionais e emocionais (ANDIFES; FONAPRACE, 2018).

As demandas universitárias, que incluem diversas atividades como trabalho, exames, supervisão, estágios, e outros, podem muitas vezes exigir dos estudantes que deixam de dar a devida atenção a outras áreas importantes de suas vidas, como família, amigos, namorado, religião, atividades físicas e entretenimento, podendo ter efeitos negativos sobre a saúde mental destes indivíduos (ANDIFES; FONAPRACE, 2018; BRAGA et al., 2017).

Refletindo todo este panorama, a pesquisa realizada pela ANDIFES apresentou uma estimativa preocupante de cerca de 15% a 25% dos universitários podendo apresentar algum sintoma grave de saúde mental durante sua formação e que cerca de 23,7% dos universitários brasileiros já apresentam sintomas emocionais ou mentais que afetam seu desempenho acadêmico ainda em 2018, antes da pandemia de COVID-19 (ANDIFES; FONAPRACE, 2018).

É durante a formação acadêmica que há maiores chances de comprometimento da saúde mental. Os estudantes universitários estão muito vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas como a depressão e ansiedade, sendo os principais fatores associados a falta de sono; relacionamento interpessoal desfavorável; falta de apoio parental; sentimento de discriminação; dificuldades em lidar com o ambiente e com as responsabilidades acadêmicas. Assim, situações desfavoráveis e estressantes da vida podem contribuir tanto para o aparecimento quanto para a perpetuação e agravamento dos sintomas. (CARPENA, 2015; CASTRO, 2017; COELHO; NEVES; DALGALARRONDO, 2006).

Sahão e Kienen (2021) corroboram que a ansiedade, o estresse e a depressão são os principais sintomas apresentados pelos universitários e complementa que as principais dificuldades estão em relação aos altos níveis de exigência e em dificuldades de criar relações interpessoais e se integrar ao ambiente acadêmico.

Devido a pandemia de COVID-19, há indícios que estes números atualmente sejam maiores do que foi estimado pela ANDIFES, sendo que um estudo realizado por Sazakli et al.

(2021) relatou que dois terços a metade dos estudantes universitários gregos declararam um grande aumento dos sintomas de ansiedade após o início das medidas de confinamento. No Brasil, Marin et al. (2021) e Maia e Dias (2020) identificaram um aumento dos índices de depressão, ansiedade e estresse nos universitários.

Estima-se que cerca de metade dos universitários já enfrentam insegurança, medo, sensação de perda e mudanças de humor como consequência da pandemia, comparativamente aos períodos normais, o que se faz ainda mais necessário intervenções para a promoção de saúde mental em especial nesta população (MAIA; DIAS, 2020).

Teodoro et al. (2021) também observaram impactos na saúde mental dos universitários devido a pandemia, porém ressalta que as condições de saúde mental desta população podem estar correlacionadas com fatores anteriores a pandemia, como personalidade, se já possuía algum sintoma ou transtorno psicológico e condições socioeconômicas. Acrescenta ainda que o estudo foi feito nas primeiras semanas de isolamento social, não podendo inferir causalidade. Ou seja, os efeitos a médio e longo prazo podem ser muito maiores do que os percebidos pelo estudo, principalmente devido a fatores socioeconômicos das mais diversas realidades brasileiras.

Lima (2020) ressalva que, nas populações marginalizadas e menos favorecidas, os impactos gerados pelo distanciamento e isolamento da pandemia foram potencializados devido as estruturas da sociedade brasileira. A menor adesão as regras de isolamento nas favelas e periféricas foi muito influenciada por fatores como maior distância dos locais de trabalho, a alta densidade populacional, a necessidade de continuar trabalhando para se sustentar dada a alta taxa de informalidade, condições sanitárias inadequadas, entre muitos outros fatores.

Durante o primeiro semestre letivo de 2020, estudantes universitários apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade e depressão, independentemente de suas áreas de seus cursos. Essa constatação pode ser atribuída a diversos fatores, tais como o aumento do sedentarismo, a utilização frequente de dispositivos eletrônicos, a interrupção das interações sociais e o aumento exponencial de notícias relacionadas à pandemia, os quais contribuíram para a intensificação da percepção de risco entre os estudantes. Notavelmente, foi observado que os estudantes universitários manifestaram afetos negativos e sintomas de ansiedade e depressão em um curto período de apenas duas semanas de confinamento (MOTA et al., 2021; ROCHA et al., 2021).

Além disso, os estudos constataram que determinados fatores, como um nível de estudo mais avançado e histórico prévio de sintomas de ansiedade e depressão antes do ingresso na vida universitária, podem ser preditores de maior afeto negativo nesse contexto específico. Essas evidências ressaltam a importância de abordagens direcionadas à saúde mental dos estudantes universitários, especialmente em tempos de crises e adversidades, a fim de mitigar os impactos negativos e promover o bem-estar psicológico durante o período acadêmico (MOTA et al., 2021; ROCHA et al., 2021).

A Universidade de São Paulo (USP) já possuía desde antes da pandemia cerca de 27 serviços de atenção e assistência à saúde mental espalhados em seus diversos campus, atendendo tanto a população de alunos e funcionários, como a comunidade do entorno. Todos esses serviços foram mapeados e publicados no site *Jornal da USP* no “Mapa da Saúde Mental na USP”, visando disseminar essas informações aos alunos (USP, 2019).

Além do Mapa, em 2020 foi desenvolvida e disponibilizada a cartilha “Promoção da Saúde Mental em Pandemia e Situações de Desastres”, por Vedana, Silva e Pedrollo (2020), com pesquisadoras do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) e do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP. O documento apresenta ferramentas e recursos que podem auxiliar em momentos de crises causadas pela pandemia, podendo ser adaptadas para as particularidades de cada pessoa. Com abordagem clara e direta, ela está direcionada tanto para profissionais de saúde quanto para alunos da USP e para a população. A cartilha tem o apoio da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP, estando disponível online gratuitamente.

Estas são algumas das diversas ações que a USP tem promovido frente ao panorama de saúde mental dos alunos universitários, que são válidas, mas não suficientes. Mais ações diretas, para além do atendimento clínico e medicamentoso, se fazem necessários.

Cabe mencionar aqui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), que abarca sistemas médicos complexos, como a medicina tradicional chinesa e diferentes recursos terapêuticos como a meditação (BRASIL, 2018; RIBEIRO et al., 2017). Abaixo, nos deteremos mais a essa questão.

1.2 PICS COMO PRÁTICAS PROMOVEDORAS DE SAÚDE

A partir de incentivos da OMS, foi criado no Brasil em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sendo instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, desta forma integrando o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018). Inicialmente agregava 5 práticas: Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2018; MORAIS; ANTONIO; RODRIGUES, 2018).

Em 2013, foi publicado o *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023* com o propósito de expandir as medicinas tradicionais e as práticas complementares nos Estados membros da OMS apresentando dados de uso, características, investimentos, pesquisas e institucionalização dessas práticas em diversos países, restabelecendo o incentivo e o compromisso de mais pesquisas e usos dessas ações (WHO, 2013).

Durante os 10 primeiros anos de implementação da política, foram observados avanços significativos para a qualificação do acesso e para a resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos em todo o país ofertando as PICS. Sendo assim, após avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), foi criada a portaria Nº 849, de 27 de março 2017, que incluiu 14 novas práticas à PNPIC: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

A PNPICS seria novamente expandida, em 2018, através da Portaria nº 702 de 21 de março de 2018, sendo a mais recente atualização. A portaria incluiu Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia, Terapia de Florais e Termalismo Social/Crenoterapia totalizando 29 PICS reconhecidas e aplicadas no SUS em todo o território nacional. (BRASIL, 2018; MORAIS; ANTONIO; RODRIGUES, 2018).

Atualmente o Brasil é referência mundial na área de PICS e medicinas tradicionais na atenção básica, registrando mais de 2 milhões de atendimentos somente neste nível de complexidade e estando presente em 54% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2022).

As PICS apresentam diversas vantagens, sendo tratamentos não farmacológicos, de baixo custo, com poucas contra-indicações, acessíveis a qualquer pessoa, favorecem a prevenção e promoção de saúde, a reabilitação mais rápida e com menos efeitos colaterais, além de reduzir o consumo excessivo de medicamentos e internações (BEZERRA et al., 2020).

Estas práticas têm sido uma contribuição valiosa para o SUS, atendendo à crescente demanda por abordagens terapêuticas mais humanizadas, especialmente na atenção básica. Elas colaboram com o modelo de atenção à saúde preconizado pelo sistema, que busca respeitar a singularidade, integralidade e complexidade do indivíduo, e têm impactos positivos na saúde, inclusive no que se refere à inserção sociocultural, promovendo o empoderamento do indivíduo em relação à sua própria saúde (MORAIS; ANTONIO; RODRIGUES, 2018).

Desde a sua implementação, a busca pelas PICS tanto pelo SUS quanto nos serviços particulares tem crescido significativamente. Isso, associado à expansão da PNPIC aponta para um movimento no Brasil em busca de maior qualidade na forma de cuidado e atenção ofertado para a população, gradativamente mais integral, resolutivo e universal. Das decorrências, cabe mencionar o aumento da demanda por evidências científicas, particularmente sobre as práticas, para que os usos sejam efetivos, conscientes e seguros (MORAIS; ANTONIO; RODRIGUES, 2018).

Não só no Brasil, mas nos cinco continentes, a produção científica sobre as PICS tem crescido significativamente nas últimas duas décadas, o que levou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a criar, em 2017, a Biblioteca Virtual em Saúde das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS MTCI), uma rede colaborativa para as Américas em resposta às necessidades dos estados membros da OPAS de fontes confiáveis e científicas sobre as PICS. Atualmente a BVS MTCI possui mais de 1 milhão de referências bibliográficas catalogadas em seu acervo, além de 10 mapas de evidências produzidos e publicados (SCHVEITZER et al., 2021).

Um destes mapas de evidências analisou 126 revisões sistêmicas sobre PICS com potencial terapêutico para dar suporte frente à pandemia de COVID-19. Os achados demonstraram efeitos positivos ou potencialmente positivos das PICS, em especial da meditação para redução de sintomas de estresse, ansiedade, depressão e do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), condições relevantes e cada vez mais presentes no período pandemia e pós-pandêmico (PORTELLA et al., 2020).

1.3 A MEDITAÇÃO E SAÚDE HUMANA

Atualmente não há um consenso sobre a definição de meditação. Ambos os termos “meditação” e “práticas meditativas” são considerados termos guarda-chuva onde se concentram muitas práticas advindas das mais diversas culturas e tradições, orientais e ocidentais, e com efeitos distintos, o que dificulta um consenso de como elas podem ser classificadas de forma definitiva (AWASTHI, 2013).

A literatura da área da saúde tem tentado contornar este problema focando em definir a meditação através de seus efeitos fisiológicos. Desta forma, as práticas meditativas podem ser descritas como um conjunto de práticas que levam a um estado alterado de consciência, ou ainda como um processo que, por meio da prática, é desenvolvida uma autorregulação da atenção e do controle dos processos atencionais (HARTLEY et al., 2014; MENEZES; DELL’AGLIO, 2009).

Esta descrição não está próxima de ser definitiva, já que descreve apenas os efeitos fisiológicos desencadeados nos praticantes durante e posteriormente à prática, sendo poucos os pesquisadores que ousam se debruçar sobre uma conceituação que envolva aspectos mais abstratos, conceituais e filosóficos das práticas meditativas (AWASTHI, 2013; DANUCALOV; SIMÕES, 2009).

Cardoso (2004) desenvolveu uma definição operacional generalizada para a meditação. Diferente de outras definições que focam nos aspectos fenomenológicos, os autores definem que as práticas meditativas possuem 5 parâmetros operacionais: (1) Ter uma técnica específica e claramente definida; (2) Promover relaxamento muscular; (3) Promover um “relaxamento da lógica”; (4) Ser autoinduzido; (5) Usar algum artifício de auto focalização (âncora). Esta definição operacional tem sido relevante até a atualidade, norteando pesquisas como o mapa de evidências de meditação realizado pela BVS MTCI (PORTELLA et al., 2021).

Os estudos ocidentais a respeito da meditação foram iniciados com Wallace (1970), Benson (1974) e Kabat-Zinn (1982). Décadas depois, outras evidências sobre os efeitos positivos foram sendo encontradas em diversos aspectos da saúde humana, como sobre as doenças cardiovasculares (HARTLEY et al., 2014; ZEIDAN et al., 2010) e sobre a saúde mental, principalmente sobre os sintomas de ansiedade, estresse e depressão (SCHVEITZER et al., 2021).

Desde então, a produção científica vem crescendo significativamente em quantidade e qualidade. Portella et al. (2021) realizaram um mapa de evidências sobre o uso dos mais diversos tipos de meditação na saúde desde 1994. O estudo levantou 191 revisões sistemáticas e metanálises, sendo que 138 destes estudos relataram efeitos positivos na saúde mental, sendo os principais achados sobre os sintomas de ansiedade e depressão nos mais diversos grupos etários e sociais. O estudo também identificou que 55,5% das revisões levantadas possuem níveis altos ou moderados de confiança, reforçando o caráter positivo da meditação sobre a saúde humana.

Importantes instituições de saúde têm incluído práticas meditativas, no tratamento e na pesquisa relacionada a condições psicológicas como a ansiedade (KRISANAPRAKORNKIT et al., 2006; TIMKO OLSON; HANSEN; VERMEESCH, 2020), o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (KRISANAPRAKORNKIT et al., 2010; ZYLOWSKA et al., 2008) e estresse (GALANTE et al., 2018), e também de aspectos subjetivos, como a qualidade de vida e o bem-estar (KABAT-ZIN, 2021).

Em relação aos estudantes universitários, diversos pesquisadores têm encontrado resultados positivos no que se refere à meditação, especialmente sobre a regulação emocional e autocompaixão (BOND et al., 2013; PATEL; NIVETHITHA; MOOVENTHAN, 2018), além de reduzir o estresse, a ansiedade (GALANTE et al., 2018; LEMAY; HOOLAHAN; BUCHANAN, 2019) e a depressão (SAOJI; MOHANTY; VINCHURKAR, 2017).

É possível identificar que a meditação promove alterações neuronais estruturais e funcionais, sendo que estas alterações se diferenciam dependendo da técnica empregada e da experiência do praticante, porém ainda sugerindo alguma uniformidade entre os efeitos das práticas (TANG; HÖLZEL; POSNER, 2015).

Como identificam Antunes et al. (2018) e Lima (2020), a meditação, além de promover bem-estar e reduzir sintomas de ansiedade e estresse, pode contribuir no autocuidado e na ressignificação dos processos saúde-doença, tendo sido recomendada como ferramenta para melhorar a qualidade de vida.

Behan (2020) e Portella et al. (2021) identificam ainda que, devido a resultados positivos de parte das pesquisas de meditação sobre o estresse pós-traumático, há um grande potencial de que as práticas meditativas sejam ferramentas muito úteis frente aos efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental, devido este ser um dos sintomas mais comuns em períodos

de isolamento identificados por Pereira et al (PEREIRA et al., 2020).

Em um estudo realizado por Bezerra et al. (2020) com 747 pessoas das mais diversas faixas etárias e regiões do país, os autores identificaram que a meditação foi a prática integrativa mais buscada e utilizada no primeiro ano de pandemia, evidenciando que as pessoas consideravam a hipótese de que esse tipo de prática poderia ajudar a lidar com os efeitos da pandemia e do isolamento social.

A prática frequente de meditação emerge como um preditor de bem-estar, independentemente da experiência prévia do indivíduo no que se refere à prática. Isso implica que tanto aqueles que dedicam mais tempo à meditação em uma base semanal, em um curto período de tempo, quanto aqueles que a incorporam como uma rotina há mais tempo, são propensos a experimentar um maior índice de afetos positivos e satisfação com a vida. Estudos, como o de Cortez et al. (2022), fornecem evidências de que os praticantes assíduos de meditação apresentam níveis reduzidos de afetos negativos, o que pode ser um estímulo para investir nessa prática.

Já através de uma metanálise, Huang et al. (2018) investigaram intervenções para lidar com depressão, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático entre estudantes de graduação e pós-graduação. Entre os estudos selecionados, foi identificado que as intervenções baseadas em *mindfulness* apresentaram efeito significativo para depressão e para transtorno de ansiedade generalizada, indicando o potencial do uso desses programas no contexto universitário.

2. OBJETIVO

Analisar as evidências clínicas sobre os benefícios da meditação na saúde mental de universitários através de uma revisão sistemática.

3. MÉTODO

Foi adotado o método de Revisão Sistemática da literatura (RS) por se tratar de abordagem metodológica rigorosa para identificar, avaliar e sintetizar a evidência científica sobre um

tópico específico, a fim de compreender, discutir e estabelecer ações com base em evidências.

O desenvolvimento desta revisão baseou-se na estratégia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), através da lista de verificação de itens (Anexo 1 e Anexo 2) e fluxograma. Foram realizadas as etapas de elaboração da pergunta norteadora; a definição dos critérios de inclusão e exclusão; da estratégia de busca; leitura integral dos textos selecionados; análise de viés; caracterização; e análise crítica dos artigos levantados. A partir deste ponto, os resultados foram apresentados e discutidos.

3.1 PERGUNTA NORTEADORA

Com a finalidade de construir a questão de pesquisa desta RS, utilizou-se a estratégia PICOS, visto que esta é essencial no que se refere ao desenvolvimento da estratégia de busca de estudos primários relevantes nas bases de dados.

(P) População: Estudantes universitários;

(I) Intervenção: Práticas meditativas;

(C) Comparação: não se aplica;

(O) Outcomes/ Desfecho: benefícios das práticas meditativas para a saúde mental;

(S) Studies/Tipos de estudos: ensaios clínicos randomizados

A partir desta estratégia, foi definida a pergunta norteadora: “Como a meditação pode beneficiar a saúde mental dos estudantes universitários?”.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os ensaios clínicos randomizados, publicados, que avaliam os efeitos da meditação na saúde mental de estudantes universitários, redigidos em português, inglês e espanhol e publicados entre 2018 e 2022.

Foram excluídos ensaios quase randomizados, ensaios não randomizados, estudos observacionais, protocolos de ensaios clínicos, estudos preliminares, estudos que não tem a meditação como intervenção principal, reportes e artigos sem acesso ao texto completo.

3.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

As buscas desta revisão foram realizadas durante o mês de novembro de 2022 e, conforme recomendações do *Cochrane Handbook*, foi atualizada em janeiro de 2023 nas bases de dados: Embase; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); MedLine/PubMed; *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e *The Cochrane Library*.

O conjunto de descritores e seus sinônimos para a busca foi determinado pela pergunta norteadora e pelos termos encontrados no Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) e da Biblioteca Virtual em Saúde e no *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine* (NIH). Também foram utilizados termos livres associados ao objetivo da pesquisa para permitir uma busca mais abrangente na literatura. Os termos pesquisados foram: anxiety; depression; meditation; mental health; mindfulness; stress; student; e undergraduate, que foram combinados dentro de cada termo definido com o conector OR e entre os termos com o conector AND.

A estratégia base de busca foi definida como (((*meditation*) OR (*mindfulness*)) AND ((*mental health*) OR (*depression*) OR (*anxiety*) OR (*stress*)) AND ((*students*) OR (*undergraduate*))), sendo adaptada para cada base de dados pesquisada. Foram selecionados para a busca somente nos campos de título; resumo; e palavras-chaves dos artigos.

O volume de artigos encontrados nas buscas foi arquivado e gerenciado através do software *Rayyan Qatar Computing Research Institute* (Rayyan QCRI) com auxílio do software Mendeley.

3.4 SELEÇÃO, EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS

A partir das buscas, o processo de seleção dos artigos foi realizado a partir da estratégia PRISMA, sendo primeiro eliminadas as duplicatas, em seguida eliminado os artigos por leitura do título e em seguida dos resumos. Por fim, foi realizada a leitura completa dos artigos que corresponderam aos critérios de inclusão. Todo o processo foi sintetizado em um fluxograma PRISMA que é apresentado nos resultados desta revisão (Figura 1).

Para a identificação e categorização dos estudos, foram extraídos os dados: autor; ano de

publicação; local; população; intervenção realizada; comparador (grupo controle); desfechos; e resultados. A extração foi realizada com auxílio do software Microsoft Excel e está disponível no Apêndice 1.

A síntese dos dados foi feita de maneira descritiva, reunindo as principais características dos estudos para criar categorias de comparação. A análise dos dados permitiu responder à pergunta da pesquisa sobre os impactos benéficos da meditação na saúde mental de estudantes universitários, fornecendo uma visão geral das principais características das intervenções que beneficiam positivamente os desfechos avaliados.

3.5 ANÁLISE DE RISCO DE VIÉS

Apesar dos ensaios clínicos randomizados serem considerados o delineamento de estudo mais adequado para tomada de decisões clínicas relacionadas a intervenções (SAÚDE; ESTRATÉGICOS; TECNOLOGIA, 2014) este tipo de estudos não está isento de ter falhas em sua execução, como problemas no recrutamento ou na avaliação dos resultados, que podem afetar as conclusões obtidas sobre a eficácia ou segurança de uma intervenção. Essas falhas são conhecidas como vieses (erros sistemáticos) e precisam ser avaliadas cuidadosamente ao interpretar os resultados de um ensaio clínico randomizado e conduzir uma revisão sistemática.

Foi utilizado a ferramenta RoB 2 (*Risk of Bias in Randomized Trials*) para avaliar o risco de viés dos ensaios clínicos randomizados. Esta ferramenta é recomendada pela *Cochrane* e foi utilizada a versão mais recente, publicada em agosto de 2019 (STERNE et al., 2019).

A RoB 2 (Anexo 3) avalia o risco de viés em cinco domínios, cada um descrevendo diretamente as causas do viés que pode afetar os resultados dos ensaios clínicos. Os domínios são:

- (1) viés decorrente do processo de randomização;
- (2) viés decorrente de desvios em relação à intervenção planejada;
- (3) viés devido à falta de dados do desfecho;
- (4) viés na mensuração dos desfechos;
- (5) viés na seleção do resultado reportado.

Sendo projetada de maneira hierárquica, cada domínio apresenta um conjunto de perguntas orientadoras para ajudar os avaliadores a obter informações relevantes para julgar o risco de viés associado a cada domínio. As categorias de resposta são:

- (1) Sim (Y);
- (2) Provavelmente sim (PY);
- (3) Provavelmente não (PN);
- (4) Não (N);
- (5) Nenhuma informação (NI).

Através do conjunto de respostas, o algoritmo da ferramenta chega a uma proposta de avaliação do risco de viés para cada domínio. Por fim, as avaliações de cada domínio são combinadas para obter a avaliação global do risco de viés do estudo. Os possíveis julgamentos do risco de viés para cada domínio são os mesmos para a avaliação global, podendo ser:

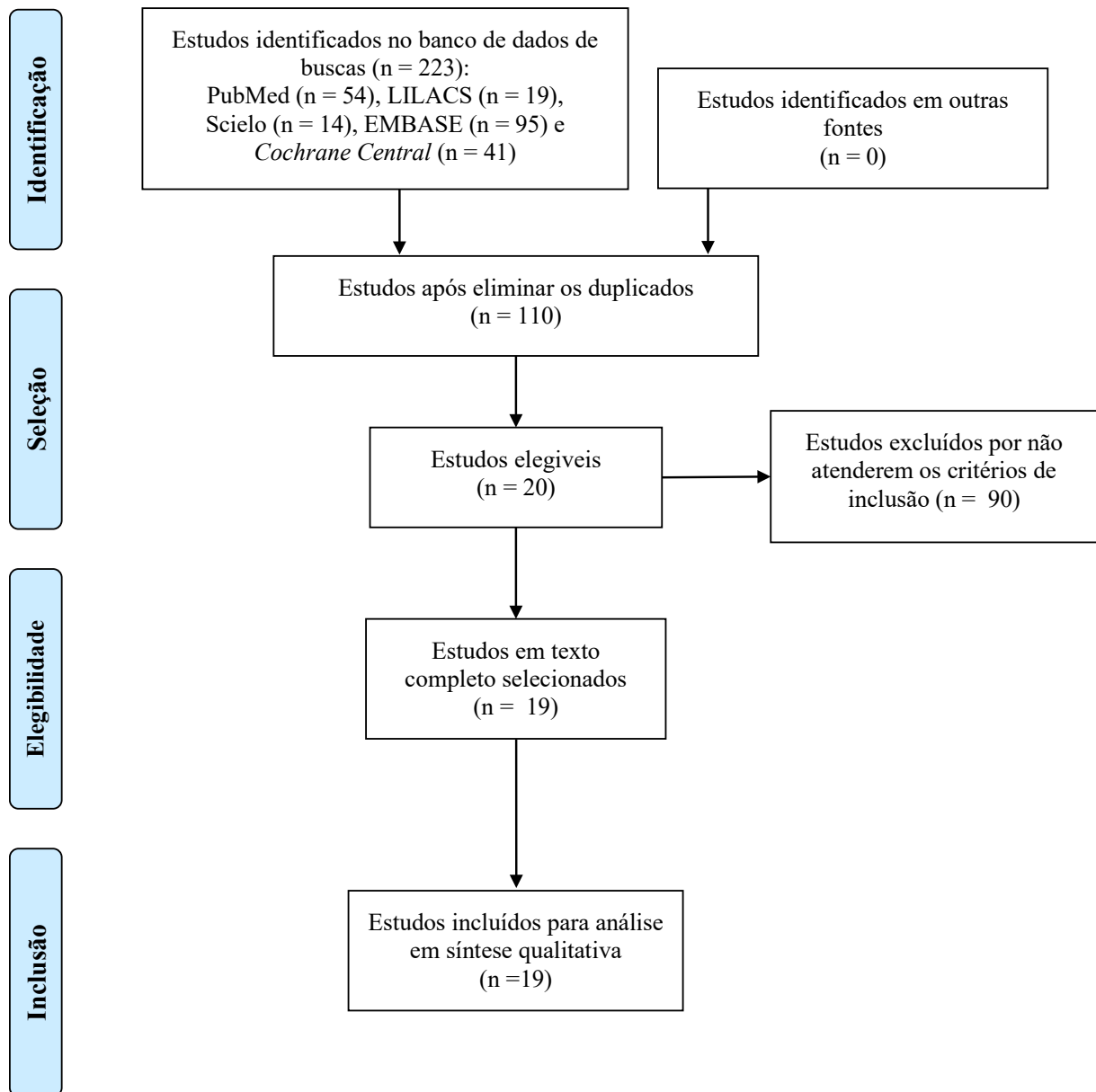
- (1) Baixo risco de viés;
- (2) Algumas preocupações;
- (3) Alto risco de viés.

Os resultados da análise risco de viés são apresentados em forma de gráfico nos resultados e discutidos posteriormente.

4. RESULTADOS

A partir das buscas realizadas nas bases de dados, foram identificados 223 artigos. Destes, foram selecionados 19 artigos compatíveis com os critérios de inclusão adotados para esta revisão, não sendo adicionados estudos a partir da revisão das referências desta amostra selecionada, conforme fluxograma apresentado a seguir na Figura 1, apresentada a seguir.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos. São Paulo, SP, Brasil,



Fonte: autoria própria (2023)

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS.

A Tabela 1 apresenta os estudos selecionados para a revisão.

Tabela 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática, segundo ano de publicação, autores e títulos.

Estudo	Autores e ano	Título
E01	Ahmad et al. (2020)	<i>An eight-week, web-based mindfulness virtual community intervention for students' mental health: Randomized controlled trial</i>

E02	An et al. (2022)	<i>Investigating the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on stress level and brain activity of college students</i>
E03	Fish e Saul (2019)	<i>The Gamification of Meditation: A Randomized-Controlled Study of a Prescribed Mobile Mindfulness Meditation Application in Reducing College Students' Depression</i>
E04	Dai et al. (2022)	<i>Mindfulness-based online intervention on mental health among undergraduate nursing students during coronavirus disease 2019 pandemic in Beijing, China: A randomized controlled trial</i>
E05	Neto et al. (2020)	<i>Effects of a Required Large-Group Mindfulness Meditation Course on First-Year Medical Students' Mental Health and Quality of Life: a Randomized Controlled Trial</i>
E06	Ritvo et al. (2021)	<i>A mindfulness-based intervention for student depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial</i>
E07	Gu, Xu e Zhu (2018)	<i>A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD</i>
E08	Hall et al. (2018)	<i>An evaluation of a low intensity mHealth enhanced mindfulness intervention for Chinese university students: A randomized controlled trial</i>
E09	Schulte-Frankenfeld e Trautwein (2022)	<i>App-based mindfulness meditation reduces perceived stress and improves self-regulation in working university students: A randomised controlled trial.</i>
E10	Repo et al. (2022)	<i>Comparison of two different mindfulness interventions among health care students in Finland: a randomised controlled trial</i>
E11	El Morr et al. (2021)	<i>Effectiveness of an 8-week web-based mindfulness virtual community intervention for university students on symptoms of stress, anxiety, and depression: randomized controlled trial</i>
E12	Ma et al. (2022)	<i>Effectiveness of mindful walking intervention in nature on sleep quality and mood among university student during Covid-19: A randomised control study</i>
E13	Simonsson et al. (2021)	<i>Effects of an eight-week, online mindfulness program on anxiety and depression in university students during COVID-19: A randomized controlled trial</i>
E14	Modrego-Alarcón et al. (2021)	<i>Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students: A randomized controlled trial</i>
E15	Huberty et al. (2019)	<i>Efficacy of the mindfulness meditation mobile app "calm" to reduce stress among college students: Randomized controlled trial</i>
E16	Karing (2022)	<i>The efficacy of online mindfulness-based interventions in a university student sample: Videoconference- or podcast-delivered intervention</i>
E17	Boyd et al. (2022)	<i>An online mindfulness intervention for medical students in South Africa: A randomised controlled trial</i>

E18	Pogrebtsova et al. (2018)	<i>Exploring daily affective changes in university students with a mindful positive reappraisal intervention: A daily diary randomized controlled trial</i>
E19	Martínez-rubio et al. (2022)	<i>Feasibility, effectiveness, and mechanisms of a brief mindfulness- and compassion-based program to reduce stress in university students: A pilot randomized controlled trial</i>

Fonte: autoria própria (2023)

Os estudos foram conduzidos em 10 países diferentes de forma bem distribuída, sendo 4 desenvolvidos no Canadá (21,05%), 4 na China (21,05%), 2 na Alemanha (10,52%), 2 na Espanha (10,52%), 2 no Estados Unidos da América (10,52%), 2 no Reino Unido (10,52%), 1 no Brasil (5,26%), 1 na África do Sul (5,26%), 1 na Finlândia (5,26%) e 1 no Vietnã (5,26%).

Sobre a população estudada, os artigos totalizaram 2054 participantes; sendo o maior com 280 participantes (E14), e o menor com 30 participantes (E19).

O tempo de intervenção dos estudos variou de 5 dias a 8 semanas, sendo o mais utilizado intervenções com duração de 8 semanas (37,36%) e 6 semanas (31,57%).

Todos os estudos foram publicados em língua inglesa e todos analisaram adaptações de diversas técnicas de meditação *mindfulness* no grupo intervenção, sendo a mais utilizada *Mindfulness-Based Interventions* (MBI), aplicada em 6 estudos (31,57%).

As outras técnicas utilizadas foram *Mindfulness Virtual Community* (MVC) (15,78%), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (10,52%), *Mindfulness and Compassion-Based Program* (MCBP) (5,26%), *Mindfulness Living With Challenge* (MLWC) (5,26%), *Mindfulness Skills for Students Course* (MSS) (5,26%), *Mindfulness and Acceptance and Commitment therapy* (MACT) (5,26%), *Mindfulness-based Program* (MBP) (5,26%) e *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) (5,26%). Nota-se que 3 estudos (15,78%) analisaram o uso de aplicativos de *mindfulness*.

Em relação ao grupo controle, 13 estudos (68,42%) utilizaram como comparador grupos de lista de espera, ou seja, grupos que aguardaram para receber a técnica do grupo de intervenção após o término do estudo. Os 7 estudos restantes utilizaram de grupos de controle ativos, como o MBI via podcast (5,26%), programa de aconselhamento online (5,26%), relato de evento negativo (5,26%), técnica de relaxamento (5,26%), suporte mental

usual da universidade (5,26%) e *Mindful walking urban* (5,26%), sendo esta última uma adaptação da *Mindful walking nature* para o meio urbano.

Os principais desfechos analisados foram os sintomas de estresse (63,15%), atenção plena (57,89%), sintomas de ansiedade (52,63%) e depressão (52,63%). Outros desfechos analisados foram qualidade de vida (10,52%), satisfação com a vida (10,52%), autocompaixão (10,52%), apoio social percebido (5,26%), performance neuropsíquica (5,26%), disfunção do sono (5,26%), bem-estar (5,26%), solidão (5,26%), experiências positivas e negativas (5,26%), angústia psicológica (5,26%) e flexibilidade psicológica (5,26%), qualidade do sono (5,26%) e humor (5,26%).

Os estudos foram divididos em 3 categorias temáticas: intervenções assíncronas; intervenções online síncronas; intervenções presenciais.

4.1.1 Categoria 1: Intervenções assíncronas

Nesta categoria encontram-se os estudos E01, E03, E06, E08, E09, E11, E15 e E18.

E01 aplicou uma adaptação do MVC de 8 semanas em 113 estudantes canadenses através de videoaulas gravadas previamente e com um único encontro síncrono online no final do período de intervenção. Os estudantes foram divididos em 3 grupos: intervenção completa (F-MVC), intervenção parcial (P-MVC) e controle. Após o período de 2 meses de *follow up*, ambos os grupos de intervenção obtiveram uma redução significativa sobre os sintomas de depressão ($p < 0,001$) e de estresse (F-MVC $p < 0,001$ e P-MVC $p = 0,005$) em comparação ao grupo controle. Ambos os grupos também apresentaram mudança significativa na qualidade de vida ($p < 0,001$ em ambos os grupos intervenção) e na atenção plena (F-MVC $p = 0,002$ e P-MVC $p = 0,01$). O grupo P-MVC também apresentou redução significativa dos sintomas de ansiedade quando comparado ao grupo controle ($p = 0,01$). Não foram encontrados resultados significativos para satisfação com a vida (AHMAD et al., 2020).

E03 examinou o *mindfulness* incorporado com princípios de gameificação através do uso do aplicativo “*Headspace*” em 72 universitários estadunidenses durante 2 semanas. O estudo observou no grupo intervenção uma melhora significativa sobre os sintomas de depressão em comparação ao grupo controle ($p = 0,08$) (FISH; SAUL, 2019).

E06 aplicou uma adaptação do programa MVC durante 8 semanas em 154 universitários canadenses através de videoaulas gravadas previamente e com um único encontro síncrono online no final do período de intervenção. Observou redução significativa dos sintomas de estresse ($p=0,03$), mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação aos sintomas de depressão, ansiedade e atenção plena, quando comparados com o grupo controle (RITVO et al., 2021).

E08 avaliou um protocolo MBI adaptado de 7 semanas com 101 universitários chineses, que foram divididos em 3 grupos intervenção e 1 grupo controle. Os 3 grupos intervenção apresentaram melhora significativa dos índices de depressão ($p=0,01$), ansiedade ($p=0,01$), estresse ($p<0,001$) e qualidade do sono ($p=0,01$) (HALL et al., 2018).

E09 investigou o efeito do aplicativo baseado em meditação *mindfulness* “*mHealf*” em 64 estudantes trabalhadores durante 8 semanas. Foram observadas no grupo intervenção reduções significativas dos sintomas de estresse ($p<0,001$), além de ter melhoria nos indicadores de autorregulação ($p<0,001$), atenção plena ($p<0,001$) e de reavaliação cognitiva ($p<0,001$), em comparação ao grupo controle. Não foram observadas mudanças nos indicadores de satisfação com a vida (SCHULTE-FRANKENFELD; TRAUTWEIN, 2022).

E11 foi estudado um protocolo de MVC durante 8 semanas em 160 estudantes canadenses. Em comparação com o grupo controle, foram observados resultados estatisticamente significantes para redução dos sintomas de depressão ($p=0,01$) e de ansiedade ($p=0,006$), além de melhoria nos índices de atenção plena ($p=0,02$). Não foram observadas diferenças significativas em relação aos sintomas de estresse (EL MORR et al., 2021).

E15 analisou a eficácia do aplicativo de meditação *mindfulness* “*Calm*” em reduzir o estresse em 109 universitários estadunidenses que já apresentassem sintomas elevados de estresse. O estudo foi aplicado por 8 semanas e apresentou melhora nos indicadores de estresse ($p=0,03$), atenção plena ($p=0,03$) e autocompaixão ($p=0,03$) na comparação com o grupo controle logo após o fim das intervenções. Na análise após 12 semanas de *follow up*, os resultados do grupo intervenção se mantiveram estatisticamente significantes para os índices de estresse ($p=0,02$) e autocompaixão ($p=0,02$), mas não para ansiedade (HUBERTY et al., 2019).

E18 os autores examinaram o efeito de uma intervenção combinada de MBCT e

reavaliação dos afetos diários, num estudo diário de 5 dias com 106 estudantes universitários canadenses. Os participantes foram randomizados entre um grupo intervenção de MBCT e reavaliação (MBCT-R), um grupo intervenção de apenas reavaliação e um grupo controle. Ambos os grupos intervenção apresentaram resultados significativos em relação aos afetos negativos relatados pelos estudantes em comparação ao grupo controle ($p=0,05$). Na comparação entre os grupos intervenção, o grupo MBCT-R apresentou de forma global melhores índices em relação aos afetos negativos relatados (POGREBTSOVA et al., 2018).

4.1.2 Categoria 2: Intervenções online síncronas

Esta categoria compreende os estudos E04, E13, E16 e E17.

E04 investigou um programa de MLWC com 120 estudantes de enfermagem chinesas durante 6 semanas. Na comparação com o grupo controle, o grupo intervenção apresentou redução dos sintomas de ansiedade ($p=0,001$) e estresse ($p=0,003$), além de melhora nos índices de atenção plena ($p=0,005$) e apoio social percebido ($p=0,011$). Não foram observadas melhoras significativas em relação aos sintomas de depressão (DAI et al., 2022).

E13 foi aplicado um programa online de MBI de 8 semanas em 177 estudantes universitários do Reino Unido, e realizado um *follow up* de 1 mês. Na comparação pré e pós-intervenção, o grupo intervenção apresentou redução significativa dos sintomas de ansiedade ($p=0,02$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para os sintomas de depressão (SIMONSSON et al., 2021).

E16 avaliou a eficácia de um programa MBI adaptado para videoconferência em comparação ao programa MBI adaptado para o formato de *podcast*, durante 7 semanas, com 50 universitários alemães. Ambos os grupos apresentaram melhora significativa na atenção plena ($p<0,001$), na satisfação com a vida ($p<0,001$) e nos sintomas de depressão ($p=0,04$) (KARING, 2022).

E17 utilizou uma adaptação online do programa MBI em 45 estudantes de medicina sul-africanos durante 6 semanas. O grupo intervenção apresentou melhoras significativas nos índices de estresse ($p<0,001$), autocompaixão ($p=0,004$), angústia ($p<0,001$) e bem-estar ($p<0,001$). Os resultados para todos os índices se mantiveram na análise após 8 semanas de *follow up* (BOYD; ALEXANDER, 2022).

4.1.3 Categoria 3: Intervenções presenciais

Esta categoria contém os estudos E02, E05, E07, E10, E12, E14, E19.

E02 investigou durante 8 semanas o efeito de uma intervenção MBSR em 49 universitários do Vietnã. Foi observado uma redução dos sintomas de estresse tanto na comparação pré e pós-intervenção ($p=0,002$), quanto na comparação com o grupo controle ($p<0,001$) (AN et al., 2022).

E05 utilizou um protocolo MBI de 6 semanas com 141 estudantes brasileiros do primeiro ano da graduação em medicina. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas avaliações de estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida e atenção plena (NETO et al., 2020).

E07 aplicou um protocolo MBCT durante 6 semanas em 54 estudantes chineses com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Na comparação com o grupo controle, foram observadas melhoras significativas nos sintomas do TDAH ($p=0,002$) e da ansiedade ($p=0,019$), além de melhora dos índices de atenção plena e do desempenho neuropsicológico ($p=0,002$). Não foram observadas melhoras dos sintomas de depressão (GU; XU; ZHU, 2018).

E10 comparou o efeito de um protocolo MSS e um protocolo MACT durante 8 semanas com 102 universitários finlandeses da área da saúde. Após 4 meses de *follow up*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na comparação entre para angústia psicológica, porém o grupo MSS apresentou melhora do estresse ($p=0,02$) na comparação pré e pós-intervenção (REPO et al., 2022).

E12 analisou durante 7 dias o uso da técnica *Mindful walking nature* e a adaptação *Mindful walking urban* em 104 estudantes do Reino Unido que relatavam dificuldades para dormir. Ambos os grupos apresentaram melhoras significativas da qualidade do sono ($p=0,01$) e no humor ($p<0,01$) na avaliação pré pós-intervenção. Não foram encontradas diferenças significativas em relação a atenção plena (MA et al., 2022).

E14 analisou o MBP com e sem uso de suporte de realidade virtual (VR) em 280 estudantes universitários espanhóis durante 6 semanas, com *follow up* de 6 meses. Os

estudantes foram divididos entre 2 grupos de intervenção (MBP e MBP+VR) e um grupo controle. Em relação ao estresse, ambos os grupos apresentaram melhoras significativas no pós-intervenção (MBP $p=0,006$ e MBP+VR $p=0,014$) e após o período de *follow up* (MBP $p=0,014$ e MBP+VR $p=0,003$), em comparação ao grupo controle. O grupo MBP+VR também apresentou melhoras significativas em relação aos sintomas de ansiedade ($p<0,001$) também na comparação com o grupo controle (MODREGO-ALARCÓN et al., 2021).

E19 estudou os efeitos do MCBP em 30 universitários espanhóis durante 6 semanas. Foi observado no grupo intervenção uma melhora significativa dos sintomas de estresse ($p<0,001$), angústia psicológica ($p<0,001$), atenção plena ($p<0,001$) e autocompaixão ($p<0,001$). Não foram observadas mudanças significativas nos índices de flexibilidade psicológica (MARTÍNEZ-RUBIO; NAVARRETE; MONTERO-MARIN, 2022).

4.2 ANÁLISE DE VIÉS

Os trabalhos foram avaliados criticamente em conformidade com os critérios da Colaboração *Cochrane*, a fim de determinar a confiabilidade dos resultados. Os resultados são demonstrados nas Figuras 3 e Figura 4 a seguir, representando, respectivamente, a avaliação de viés individual de cada estudo e a avaliação de viés do conjunto de artigos.

Figura 3 – Avaliação individual do risco de viés dos estudos em cada domínio e o risco global, a partir da Intenção de Tratar, segundo a ferramenta RoB 2.

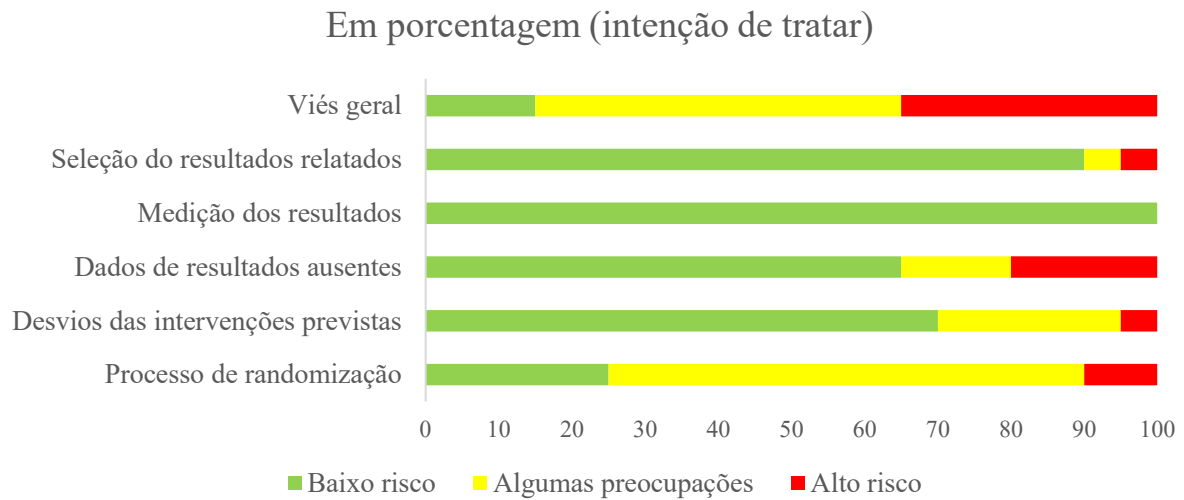
Estudo	D1	D2	D3	D4	D5	Global
E1	+	+	+	+	+	+
E2	!	!	+	+	+	!
E3	-	+	+	+	+	-
E4	-	+	+	+	+	-
E5	!	+	-	+	+	-
E6	+	+	-	+	+	-
E7	!	+	+	+	+	!
E8	!	+	-	+	+	-
E9	+	+	!	+	+	!
E10	+	+	+	+	+	+
E11	!	+	+	+	+	!
E12	!	!	-	+	-	-
E13	!	-	!	+	!	-
E14	!	+	+	+	+	!
E15	!	+	!	+	+	!
E16	+	+	+	+	+	+
E17	!	+	+	+	+	!
E18	!	!	+	+	+	!
E19	!	!	+	+	+	!

Baixo risco
 Algumas preocupações
 Alto risco

D1 Processo de randomização
 D2 Desvio das intervenções previstas
 D3 Dados de resultados ausentes
 D4 Medição dos resultados
 D5 Seleção do resultado relatado

Fonte: autoria própria (2023)

Figura 4 – Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na revisão sistemática em cada domínio e o risco global, a partir da Intenção de Tratar, segundo a ferramenta RoB 2.



Fonte: autoria própria (2023)

5. DISCUSSÃO

O propósito desta RS foi verificar, a partir de diversos ensaios clínicos randomizados, os possíveis benefícios da meditação para a saúde mental de universitários. De forma geral, os resultados exprimem que a meditação pode auxiliar na saúde mental principalmente sobre os sintomas de estresse, ansiedade e depressão, além de promover atenção plena nos estudantes universitários.

A maior parte dos estudos demonstrou efeitos positivos da meditação sobre o estresse e a depressão, em especial os estudos E15 (HUBERTY et al., 2019), que obteve reduções significativas em estudantes com sintomas elevados de estresse e E03 (FISH; SAUL, 2019), que utilizou princípios de gameificação em um aplicativo de meditação. Outras revisões como a de González-Valero et al. (2019) e de Reangsing e Lauderman (2022) também apontaram reduções satisfatórias dos sintomas de estresse e da depressão em estudantes e em jovens adultos.

Esses resultados corroboram outros estudos semelhantes publicados na literatura, como a revisão conduzida por Peixoto et al. (2021), que também constatou os benefícios da meditação para a ansiedade em universitários. Este é um dado importante, visto que a ansiedade é um dos sintomas mais comuns entre os estudantes e a meditação pode auxiliá-los a lidar com essa problemática até mesmo no Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), conforme demonstrou o estudo E07 (GU; XU; ZHU, 2018).

Deve-se destacar que em diversos estudos a meditação manteve seus efeitos após alguns meses do fim do experimento, como foi o caso dos estudos E1, E10, E13, E14, E15 e E17. Nestes estudos foi demonstrado que a meditação foi efetiva na redução de sintomas de estresse, depressão e ansiedade e na melhoria da atenção plena, autocompaixão, satisfação com a vida e qualidade de vida, o que evidencia um efeito a médio prazo das práticas meditativas (AHMAD et al., 2020; BOYD; ALEXANDER, 2022; HUBERTY et al., 2019; MODREGO-ALARCÓN et al., 2021; SIMONSSON et al., 2021).

Os 19 artigos encontrados foram classificados a partir das formas de intervenção: intervenções assíncronas; intervenções online síncronas; intervenções presenciais. As três formas de intervenções apresentaram resultados positivos para a maioria dos desfechos pesquisados, não sendo encontrados padrões ou diferenças claras de resultados entre as formas de intervenção, podendo assim considerar, inicialmente, que todas beneficiam de forma similar a saúde mental de estudantes universitários. Não foram encontrados na literatura estudos que comparassem as 3 formas de intervenção para averiguar se essa hipótese já foi analisada, sendo assim necessários e pertinentes estudos comparativos e estudos longitudinais que analisem estas formas de intervenção a médio e longo prazo.

Os resultados dessa RS demonstraram que é possível utilizar a meditação como ferramenta de saúde mental dos universitários por diversos meios tecnológicos, como videochamadas, podcasts ou aplicativos de celular e, sobretudo, pela promoção de encontros presenciais. Esta flexibilidade, associado ao fato do baixo custo operacional para aplicar as práticas meditativas independente da forma, torna-as especialmente valiosas como ferramentas de promoção da saúde mental, mesmo frente às novas dinâmicas de encontros online que se normatizaram na sociedade pós pandêmica e na modalidade de ensino à distância no ensino superior brasileiro.

Segundo dados do último Censo da Educação Superior (INEP, 2021), cerca de 62,8% das vagas de cursos de nível superior no país atualmente são no formato ensino à distância. Isso proporciona uma maior democratização do ensino superior no país, viabilizando que o indivíduo que não reside nos grandes centros urbanos possa cursar a universidade sem precisar se mudar da sua cidade, porém, ao mesmo tempo, torna cada vez mais comum que muitos alunos não vivenciam o campus das faculdades e, por consequência, não desfrutem da convivência física com outros alunos e nem das atividades presenciais curriculares e extracurriculares que poderiam beneficiar sua saúde mental e qualidade de vida.

Pelos resultados obtidos nesta revisão, a meditação pode ser uma prática aplicada também de forma virtual, síncrona ou assíncrona, obtendo resultados muito próximos das práticas realizadas presencialmente. Isso cria muitas possibilidades de aplicar a meditação com o crescente corpo docente de ensino a distância não só como prática de saúde individual, mas também como uma prática que pode promover uma maior interação e troca entre os alunos, seja através de encontros virtuais para praticar a meditação, ou fóruns de discussão, grupos de estudos, além de diversas outras formas de interação virtual. Estas interações e senso de comunidade pode ser um fator que pode potencializar os benefícios da meditação e dos tratamentos convencionais de saúde mental.

Outro aspecto que esta RS evidencia é que as práticas meditativas baseadas em *mindfulness* têm tido cada vez mais espaço e importância nas pesquisas clínicas da área, diante da unanimidade nos estudos obtidos nesta pesquisa.

Isso provavelmente se deve ao fato dos programas de *mindfulness* terem protocolos de aplicação muito bem definidos e padronizados, derivados a partir do MBSR de Kabat Zinn (2021). O próprio tempo de aplicação, que foi na maioria dos estudos de 6 a 8 semanas, é algo já preconizado nos protocolos de *mindfulness*, como tempo ideal para introduzir uma pessoa na prática meditativa, além de compor com o cronograma de aulas dos universitários.

Os programas de *mindfulness* foram estruturados pensando nas diversas problemáticas e características da sociedade pós-moderna em que vivemos, principalmente para serem aplicados nos mais diversos ambientes, como clínicas, escolas, universidades e hospitais, o que possibilitou uma grande disseminação entre profissionais da saúde. Este é um fator importante quando pensamos na aplicabilidade da meditação para as mais diversas realidades dos universitários brasileiros.

Suas estruturas de cursos de introdução e a diversidade de protocolos de *mindfulness* com diversos focos, torna esse tipo de meditação uma opção viável e interessante de ser implantada tanto nos serviços de atenção à saúde mental das universidades, clínicas que atendem essa população, hospitais universitários ou ser promovido até mesmo pelos movimentos estudantis, através da contratação de um profissional especializado.

Outro fator positivo em relação a meditação é que qualquer profissional da área da saúde pode se especializar em práticas meditativas e desenvolvê-las através de grupos ou de forma individualizada. Esta é uma característica comum a diversas PICS, que possibilita que os

mais diversos profissionais com as diversas visões sobre a saúde possam interagir e aplicar esta prática como uma prática complementar de saúde que pode ser associada aos tratamentos convencionais, contribuindo para o desenvolvimento de uma saúde mental mais plena e integral.

Esta revisão teve como uma de suas limitações a não realização de uma metanálise. metodologia esta que poderia agregar mais a discussão a partir da análise estatística dos resultados dos estudos levantados.

Outra limitação se deve a esta RS não ter incluído ensaios pragmáticos, visto que esta metodologia de ensaio clínicos podem contribuir para uma maior visão sobre os fenômenos da meditação. Os ensaios pragmáticos se apresentam como um centro entre os campos da observação e dos ensaios clínicos convencionais e são indicados principalmente quando a impossibilidade de duplo cegamento e quando as intervenções têm abordagens individualizadas e complexas, como é o caso da meditação (DE ALMEIDA ANDRADE; SCHLECHTA PORTELLA, 2018; HOTOPIF, 2002).

Enquanto os ensaios explanatórios buscam avaliar a eficácia de uma intervenção, buscando “se” e “como” funciona, os ensaios pragmáticos buscando verificar a efetividade das intervenções, ou seja, buscam ver seus resultados nas condições clínicas mais próximas do real dos participantes, e não do ideal para o funcionamento do mecanismo da intervenção (MACPHERSON, 2004).

Assim, ambos os ensaios, explanatórios e pragmáticos, possuem suas próprias importâncias para as evidências em um campo tão complexo como a saúde mental, podendo enriquecer mais ainda a discussão acerca dos benefícios das práticas meditativas para os universitários (MACPHERSON, 2004).

Por meio da avaliação crítica de viés conduzida através da ferramenta RoB 2, foi possível constatar um risco alarmante de viés no domínio de dados de resultados ausentes, uma vez que alguns estudos não deixavam claro alguns desfechos de suas pesquisas, aumentando a probabilidade de risco de viés por ocultação de informações, sendo este um dos principais problemas de viés identificados.

Um exemplo de viés é visto no estudo E05 (NETO et al., 2020), que foi o único que não encontrou nenhum resultado positivo estatisticamente significante no uso da meditação com

universitários, porém, foi também o único estudo que com uma heterogeneidade dos grupos intervenção e controle antes do início das intervenções. Havia diferenças estatisticamente significativas em relação aos níveis de atenção plena e de qualidade de vida no âmbito psicológico, o que pode indicar problemas no processo de randomização do estudo. Estas duas diferenças estatísticas são cruciais em um estudo que busca investigar os efeitos de uma prática meditativa sobre a saúde mental e qualidade de vida de universitários, podendo ter sido um fator que influenciou os resultados apresentados.

É recomendada a realização de novos ensaios clínicos explanatórios e pragmáticos, de alto nível metodológico, com foco na saúde mental de estudantes universitários, além de novas revisões, principalmente contempladas com metanálises.

Além disso, é recomendado mais pesquisas longitudinais com as práticas meditativas, a fim de analisar não só os efeitos a médio e longo prazo, como também a aderência dos estudantes em manter a meditação como prática diária de saúde e comparativos entre as intervenções com meditação de forma presencial, online síncrona e assíncrona.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas meditativas têm se demonstrado cada vez mais apropriadas e versáteis para a saúde mental, não só como ferramenta complementar que auxilia na redução de sintomas, mas também como ferramenta de promoção de saúde e empoderamento do indivíduo sobre o próprio cuidado. Para além dos mecanismos fisiológicos, estas práticas promovem um olhar menos reativo às adversidades da vida, às limitações impostas, e mais contemplativo, seja para si, seja para o entorno.

Diante da hiperconectividade, do acúmulo de informação, da velocidade e intensidade das relações, práticas como a meditação são essenciais quando o tema é saúde mental, no sentido de ir além da medicalização compulsória e propor formas de cuidado mais integrais e complexas à saúde mental.

Desta forma, esta revisão reforça resultados já apresentados na literatura, como os resultados do mapa de evidências produzido por Portela et al. (2020), indicando que as práticas meditativas podem ser práticas benéficas para a saúde mental de universitários, reduzindo sintomas de estresse, ansiedade e depressão, além de contribuir para a melhora da

atenção plena.

Analisando ensaios clínicos aplicados antes e durante o período pandêmico possibilitou que esta RS identificasse que as práticas meditativas podem contribuir positivamente para a saúde mental de universitários tanto em períodos de normalidade quanto em períodos de grande instabilidade social e sanitária. Este é um resultado de grande importância que valoriza e contribui no argumento de inclusão da meditação nos serviços de saúde já oferecidos pelas instituições de ensino e movimentos estudantis.

Ainda neste contexto, a meditação pode ser aplicada tanto em formatos presenciais quanto remotos, possibilitando atender ao crescente corpo de estudantes em ambos os contextos. Isso cria uma grande gama de possibilidades de introduzir e estimular os estudantes a prática, o que pode democratizar sua acessibilidade através das tecnologias de comunicação, seja através de aplicativos, videochamadas, comunidades virtuais e encontros presenciais.

A utilização da meditação como ferramenta de promoção da saúde mental em universitários se demonstra eficaz, especialmente através das práticas de *mindfulness*. Essa abordagem não apenas reduz sintomas de estresse, ansiedade e depressão, mas também melhora a atenção plena.

Além disso, os programas de meditação demonstram versatilidade, podendo ser implementados de forma presencial, online síncrona ou assíncrona. Mais estudos se fazem necessários para avaliar os efeitos a médio e longo prazo, bem como para comparar a eficácia e aplicabilidade das práticas meditativas em diferentes formatos e situações.

7. REFERÊNCIAS

- AHMAD, F. et al. An eight-week, web-based mindfulness virtual community intervention for students' mental health: Randomized controlled trial. **JMIR Mental Health**, v. 7, n. 2, 2020.
- AN, A. et al. Investigating the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on stress level and brain activity of college students. **IBRO Neuroscience Reports**, v. 12, p. 399–410, 2022.
- ANDIFES; FONAPRACE. **V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES - 2018.** , 2018.
- ANTUNES, P. D. C. et al. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. **Motrivivência**, v. 30, n. 55, p. 227–247, 2018.
- AWASTHI, B. Issues and Perspectives in Meditation Research: In Search for a Definition. **Frontiers in Psychology**, v. 3, n. JAN, p. 1–9, 2013.
- BEHAN, C. The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. **Irish Journal of Psychological Medicine**, v. 37, n. 4, p. 256–258, 14 dez. 2020.
- BENSON, H.; BEARY, J. F.; CAROL, M. P. The relaxation response. **Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 37–46, 1974.
- BEZERRA, D. R. C. et al. Uso das Práticas Integrativas e Complementares no período de isolamento social da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e1329119718, 8 nov. 2020.
- BOND, A. R. et al. Embodied health: the effects of a mind – body course for medical students. **Medical Education Online**, v. 2981, p. 1–8, 2013.
- BOYD, N.; ALEXANDER, D. G. An online mindfulness intervention for medical students in South Africa: A randomised controlled trial. **South African Journal of Psychiatry**, v. 28, 2022.
- BRAGA, A. L. DE S. et al. Promoção à saúde mental dos estudantes universitários. **Revista Pró-UniverSUS** , v. 8, n. 1, 2017.
- BRASIL, M. DA S. DO. **Práticas Integrativas e Complementares**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>>. Acesso em: 1 set. 2022.
- BRASIL, G. DO M. DA S. **PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 8 mar. 2023.
- BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. [s.l.] Editora MS, 2018.
- CARDOSO, R. et al. Meditation in health: an operational definition. **Brain Research Protocols**, v. 14, n. 1, p. 58–60, 2004.
- CARPENA, M. X. Efeito da Meditação Focada no Estresse e Mindfulness Disposicional em

Universitários Effects of Focused Meditation on Stress and Dispositional Mindfulness in College Students. v. 34, p. 1–12, 2015.

CASTRO, V. R. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: Estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. **Revista Gestão em Foco**, v. 9, p. 380–401, 2017.

COELHO, M.; NEVES, C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários Self-referred mental disorders in university students. **J. bras. psiquiatr**, v. 56, n. 19, p. 237–244, 2006.

CORTEZ, E. A. et al. Meditação on-line: uma estratégia educativa para promoção da saúde mental no contexto da pandemia por COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, 16 jan. 2022.

DAI, Z. et al. Mindfulness-based online intervention on mental health among undergraduate nursing students during coronavirus disease 2019 pandemic in Beijing, China: A randomized controlled trial. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2022.

DANUCALOV, M. Á. D.; SIMÕES, R. S. **Neurofisiologia da meditação**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2009.

DE ALMEIDA ANDRADE, F.; SCHLECHTA PORTELLA, C. F. Research methods in complementary and alternative medicine: an integrative review. **Journal of integrative medicine**, v. 16, n. 1, p. 6–13, 2018.

EL MORR, C. et al. Effectiveness of an 8-week web-based mindfulness virtual community intervention for university students on symptoms of stress, anxiety, and depression: randomized controlled trial. **JMIR mental health**, v. 7, n. 7, 2021.

FISH, M. T.; SAUL, A. D. The Gamification of Meditation: A Randomized-Controlled Study of a Prescribed Mobile Mindfulness Meditation Application in Reducing College Students' Depression. **Simulation and Gaming**, v. 50, n. 4, p. 419–435, 1 ago. 2019.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, abr. 2020.

GALANTE, J. et al. A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. **The Lancet Public Health**, v. 3, n. 2, p. e72–e81, 2018.

GONZÁLEZ-VALERO, G. et al. Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 22, p. 4394, 10 nov. 2019.

GU, Y.; XU, G.; ZHU, Y. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. **Journal of attention disorders**, v. 22, n. 4, p. 388–399, 2018.

HALL, B. J. et al. An evaluation of a low intensity mHealth enhanced mindfulness intervention for Chinese university students: A randomized controlled trial. **Psychiatry Research**, v. 270, p. 394–403, 2018.

HARTLEY, L. et al. Transcendental meditation for the primary prevention of cardiovascular disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2014.

HOTOPF, M. The pragmatic randomised controlled trial. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 8, n. 5, p. 326–333, 2002.

HUANG, J. et al. Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Psychiatric Research**, v. 107, p. 1–10, dez. 2018.

HUBERTY, J. et al. Efficacy of the mindfulness meditation mobile app “calm” to reduce stress among college students: Randomized controlled trial. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 7, n. 6, 2019.

INEP, BRASIL. I. N. DE E. E P. E. A. T. **Resumo Técnico do Censo da Educação Superior 2021**. Inep Brasília, DF, , 2021. Disponível em: <https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_da_educacao_superior_2021.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2023

KABAT-ZIN, J. **Viver a catástrofe total: como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença**. [s.l.] Palas Athena Editora, 2021.

KABAT-ZINN, J. **An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results**. **General Hospital Psychiatry**, 1982.

KARING, C. The efficacy of online mindfulness-based interventions in a university student sample: Videoconference- or podcast-delivered intervention. **Applied psychology. Health and well-being**, 2022.

KRISANAPRAKORNKIT, T. et al. Meditation therapy for anxiety disorders. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 1, p. CD004998, 2006.

KRISANAPRAKORNKIT, T. et al. Meditation therapies for attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) (Review). **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 6, 2010.

LEMAY, V.; HOOLAHAN, J.; BUCHANAN, A. Impact of a Yoga and Meditation Intervention on Students' Stress and Anxiety Levels. v. 83, n. 5, 2019.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis**, v. 30, n. 2, p. 1–10, 2020.

MA, J. et al. Effectiveness of mindful walking intervention in nature on sleep quality and mood among university student during Covid-19: A randomised control study. **Explore**, 2022.

MACPHERSON, H. Pragmatic clinical trials. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 12, n. 2–3, p. 136–140, jun. 2004.

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

MARIN, G. A. et al. Depressão E Efeitos Da Covid-19 Em Universitários. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 4, p. 1–9, 2021.

MARTÍNEZ-RUBIO, D.; NAVARRETE, J.; MONTERO-MARIN, J. Feasibility, effectiveness, and mechanisms of a brief mindfulness- and compassion-based program to reduce stress in university students: A pilot randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 1, 1 jan. 2022.

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

MODREGO-ALARCÓN, M. et al. Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students: A randomized controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 142, 2021.

MORAIS, N. L.; ANTONIO, R. DE L.; RODRIGUES, D. M. DE O. Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS). Em: **Referências em Naturologia: Um sistema terapêutico de cidade em saúde**. 1. ed. Palhoça: Editora Unisul, 2018. p. 19–21.

MOTA, D. C. B. et al. Saúde mental e uso de internet por estudantes universitários: estratégias de enfrentamento no contexto da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2159–2170, jun. 2021.

NETO, A. D. et al. Effects of a Required Large-Group Mindfulness Meditation Course on First-Year Medical Students' Mental Health and Quality of Life: a Randomized Controlled Trial. **Journal of General Internal Medicine**, v. 35, n. 3, p. 672–678, 1 mar. 2020.

OPAS. **Folha informativa - Depressão**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 9 jan. 2022.

OPAS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>>. Acesso em: 26 jul. 2023.

ORNELL, F. et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232–235, jun. 2020.

PATEL, N. K.; NIVETHITHA, L.; MOOVENTHAN, A. Effect of a Yoga Based Meditation Technique on Emotional Regulation, Self-compassion and Mindfulness in College Students. **EXPLORE**, v. 14, n. 6, p. 443–447, nov. 2018.

PEIXOTO, J. L. et al. Efeitos da meditação sobre os sintomas da ansiedade: uma revisão sistemática. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 306, 26 jul. 2021.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548, 5 jun. 2020.

POGREBTSOVA, E. et al. Exploring daily affective changes in university students with a mindful

positive reappraisal intervention: A daily diary randomized controlled trial. **Stress and Health**, v. 34, n. 1, p. 46–58, 1 fev. 2018.

PORTELLA, C. F. S. et al. Evidence map on the contributions of traditional, complementary and integrative medicines for health care in times of COVID-19. **Integrative Medicine Research**, v. 9, n. 3, p. 100473, set. 2020.

PORTELLA, C. F. S. et al. Meditation: Evidence Map of Systematic Reviews. **Frontiers in Public Health**, v. 9, n. December 2021, p. 1–11, 2021.

REANGSING, C.; LAUDERMAN, C.; SCHNEIDER, J. K. Effects of Mindfulness Meditation Intervention on Depressive Symptoms in Emerging Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Integrative and Complementary Medicine**, v. 28, n. 1, p. 6–24, 1 jan. 2022.

REPO, S. et al. Comparison of two different mindfulness interventions among health care students in Finland: a randomised controlled trial. **Advances in Health Sciences Education**, v. 27, n. 3, p. 709–734, 1 ago. 2022.

RIBEIRO, T. C. D. et al. A contribuição da Naturologia para a implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares na concepção dos naturólogos que atuam no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 6, n. 11, p. 21, 19 out. 2017.

RITVO, P. et al. A mindfulness-based intervention for student depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. **JMIR Mental Health**, v. 8, n. 1, 2021.

ROCHA, M. S. et al. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários durante a pandemia do COVID-19 / Anxiety, depression and stress in university students during the COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 80959–80970, 14 ago. 2021.

SAHÃO, F. T.; KIENEN, N. Adaptação e saúde mental do estudante universitário: Revisão sistêmica da literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 25, 2021.

SANTOS, R. M. DOS; SIMÕES, M. O. DA S. Níveis de ansiedade em alunos concluintes de cursos de saúde. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 17, n. 1, 3 mar. 2019.

SAOJI, A.; MOHANTY, S.; VINCHURKAR, S. A. Effect of a Single Session of a Yogic Meditation Technique on Cognitive Performance in Medical Students: A Randomized Crossover Trial. **Journal of Religion and Health**, v. 56, n. 1, p. 141–148, 2017.

SAÚDE, M. DA; ESTRATÉGICOS, S. DE C. T. E I.; TECNOLOGIA, D. DE C. E. **Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE-Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. [s.l.] Ministério da Saúde Brasília, 2014.

SAZAKLI, E. et al. Prevalence and associated factors of anxiety and depression in students at a Greek university during COVID-19 lockdown. **Journal of public health research**, v. 10, n. 3, 2021.

SCHULTE-FRANKENFELD, P. M.; TRAUTWEIN, F.-M. App-based mindfulness meditation reduces perceived stress and improves self-regulation in working university students: A randomised controlled trial. **Applied psychology. Health and well-being**, v. 14, n. 4, p. 1151–1171, 1 nov. 2022.

- SCHVEITZER, M. C. et al. Traditional, complementary, and integrative medicine evidence map: a methodology to an overflowing field of data and noise. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, p. 1, 23 abr. 2021.
- SIMONSSON, O. et al. Effects of an eight-week, online mindfulness program on anxiety and depression in university students during COVID-19: A randomized controlled trial. **Psychiatry Research**, v. 305, p. 114222, 1 nov. 2021.
- STERNE, J. A. C. et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **bmj**, v. 366, 2019.
- TANG, Y.-Y.; HÖLZEL, B. K.; POSNER, M. I. The neuroscience of mindfulness meditation. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 16, n. 4, p. 1–13, 2015.
- TEODORO, M. L. M. et al. Saúde mental em estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 2, p. 372, 2021.
- TIMKO OLSON, E. R.; HANSEN, M. M.; VERMEESCH, A. Mindfulness and Shinrin-Yoku: Potential for Physiological and Psychological Interventions during Uncertain Times. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 9340, 14 dez. 2020.
- USP, J. DA. **Mapa da Saúde Mental na USP**. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/universidade/setembroamarelo/>>. Acesso em: 20 set. 2021.
- VEDANA, K. G. G.; SILVA, A. C.; PEDROLLO, L. F. S. **Promoção da saúde mental em pandemia e situações de desastres**. 1. ed. Ribeirão Preto: Câmara Brasileira do Livro, 2020.
- VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Tropical Medicine & International Health**, v. 25, n. 3, p. 278–280, 16 mar. 2020.
- WALLACE, R. K. Physiological effects of transcendental meditation. **Science**, v. 167, n. 3926, p. 1751–1754, 1970.
- WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023**. 1. ed. Genebra: World Health Organization, 2013.
- WHO. **Mental health: strengthening our response**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>. Acesso em: 18 dez. 2022.
- ZEIDAN, F. et al. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 16, n. 8, p. 867–873, 2010.
- ZYLOWSKA, L. et al. Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD: A Feasibility Study. **Journal of Attention Disorders**, v. 11, n. 6, p. 737–746, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Cód.	ano	Título	autor	N	País	Meditação	Intervenção	Controle	Outcomes	Resultados
E01	2020	<i>An eight-week, web-based mindfulness virtual community intervention for students' mental health: Randomized controlled trial</i>	Ahmad et. al.	113	Canadá	MVC	8 semanas + 2 meses de follow up	Lista de espera	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; qualidade de vida; satisfação com a vida	Redução dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, e melhora da qualidade de vida e de atenção plena. Sem diferenças para satisfação com a vida.
E02	2022	<i>Investigating the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on stress level and brain activity of college students</i>	An et. al.	49	Vietnã	MBSR	8 semanas	Lista de espera	Estresse	Redução dos sintomas de estresse.
E03	2019	<i>The Gamification of Meditation: A Randomized-Controlled Study of a Prescribed Mobile Mindfulness Meditation Application in Reducing College Students' Depression</i>	Fish e Saul	72	Estados Unidos da América	Aplicativo Headspace	2 semanas	Lista de espera	Depressão	Redução dos sintomas de depressão.
E04	2022	<i>Mindfulness-based online intervention on mental health among undergraduate nursing students during coronavirus disease 2019 pandemic in Beijing, China: A randomized controlled trial</i>	Dai et. al.	120	China	MLWC	6 semanas	Lista de espera	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; apoio social percebido	Redução dos sintomas de ansiedade, estresse, e melhora da atenção plena e apoio social percebido. Depressão sem diferenças significativas
E05	2020	<i>Effects of a Required Large-Group Mindfulness Meditation Course on First-Year Medical Students' Mental Health and Quality of Life: a Randomized Controlled Trial</i>	Neto et. al.	141	Brasil	MBI	6 semanas	Lista de espera ativa (curso contendo aspectos organizacionais da faculdade de medicina)	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; qualidade de vida	Sem diferenças entre grupo intervenção e grupo controle.
E06	2021	<i>A mindfulness-based intervention for student depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial</i>	Ritvo et. al.	154	Canadá	MVC	8 semanas	Lista de espera	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena	Redução dos sintomas de estresse. Sem diferenças para depressão, ansiedade e atenção plena.

E07	2018	<i>A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD</i>	Gu, Xu e Zhu	54	China	MBCT	6 semanas	Lista de espera (sem acompanhamento psicoterapêutico)	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; performance neuropsíquica	Redução dos sintomas de ansiedade e depressão, além de melhora da atenção plena e do desempenho neuropsicológico.
E08	2018	<i>An evaluation of a low intensity mHealth enhanced mindfulness intervention for Chinese university students: A randomized controlled trial</i>	Hall et. al.	101	China	MBI	7 semanas	Lista de espera	Depressão; ansiedade; estresse; disfunção do sono	Redução dos sintomas de estresse, depressão, ansiedade, além de melhoras subjetivas do sono.
E09	2022	<i>App-based mindfulness meditation reduces perceived stress and improves self-regulation in working university students: A randomised controlled trial.</i>	Schulte-Frankenfeld e Trautwein	64	Alemanha	Aplicativo mHealf	8 semanas	Lista de espera	Estresse; auto-regulação; satisfação com a vida	Redução do estresse, melhora da autoregulação, atenção plena e reavaliação cognitiva. Satisfação com a vida sem alterações.
E10	2022	<i>Comparison of two different mindfulness interventions among health care students in Finland: a randomised controlled trial</i>	Repo et. al.	102	Finlândia	G1 - MSS G2 - MACT	8 semanas + 4 meses de follow up	Suporte mental usual da universidade	Estresse; bem estar	Sem diferenças para angústia psicológica. Grupo MSS apresentou melhora do estresse.
E11	2021	<i>Effectiveness of an 8-week web-based mindfulness virtual community intervention for university students on symptoms of stress, anxiety, and depression: randomized controlled trial</i>	El Morr et. al.	160	Canadá	MCBT	8 semanas	Lista de espera	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena	Melhora dos sintomas de ansiedade, depressão e melhora da atenção plena. Sem alterações no estresse em relação ao grupo controle.
E12	2022	<i>Effectiveness of mindful walking intervention in nature on sleep quality and mood among university student during Covid-19: A randomised control study</i>	Ma et. al.	104	Reino Unido	MBI walking nature	7 dias	MBI walking urban	Atenção plena; qualidade do sono; humor	Redução dos sintomas de depressão e ansiedade. Melhora da atenção plena. Sem alterações para estresse.
E13	2021	<i>Effects of an eight-week, online mindfulness program on anxiety and depression in university students during COVID-19: A randomized controlled trial</i>	Simonsson et. al.	177	Reino Unido	MBI	8 semanas + 1 mês de follow up	Lista de espera	Depressão; ansiedade	Redução dos sintomas de ansiedade. Sem alterações para depressão.
E14	2021	<i>Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students: A randomized controlled trial</i>	Modrego-Alarcón et. al.	280	Espanha	MBP + VR MBP	6 semanas + 6 meses de follow up	Relaxamento	Ansiedade; estresse	Melhora do estresse e MBP + VR apresentou melhora da ansiedade também.

E15	2019	<i>Efficacy of the mindfulness meditation mobile app "calm" to reduce stress among college students: Randomized controlled trial</i>	Huberty et. al.	109	Estados Unidos da América	Aplicativo "Calm"	8 semanas + 3 meses de follow up	Lista de espera	Estresse; atenção plena; autocompaixão	Melhora dos sintomas de estresse e índices de atenção plena e autocompaixão.
E16	2022	<i>The efficacy of online mindfulness-based interventions in a university student sample: Videoconference- or podcast-delivered intervention</i>	Karing	50	Alemanha	MBI via videochamada	7 semanas	MBI via podcast	Depressão; ansiedade; atenção plena; satisfação com a vida	Melhora da atenção plena, na satisfação com a vida e nos sintomas de depressão.
E17	2022	<i>An online mindfulness intervention for medical students in South Africa: A randomised controlled trial</i>	Boyd et. al.	45	África do Sul	MBI	6 semanas + 2 meses de follow up	Programa de aconselhamento de apoio online	Estresse; bem estar; autocompaixão	Melhora do estresse e resiliência.
E18	2018	<i>Exploring daily affective changes in university students with a mindful positive reappraisal intervention: A daily diary randomized controlled trial</i>	Pogrebtsova et. al.	129	Canadá	MBCT+R MBCT	5 dias	Relato de evento negativo	Atenção plena; experiências positivas e negativas	MBCT+R apresentou melhora dos relatos de experiência positiva.
E19	2022	<i>Feasibility, effectiveness, and mechanisms of a brief mindfulness- and compassion-based program to reduce stress in university students: A pilot randomized controlled trial</i>	Martinez-rubio et. al.	30	Espanha	MCBP	6 semanas	Lista de espera	Estresse; atenção plena; autocompaixão; angústia psicológica; flexibilidade psicológica	Melhorias do estresse, angústia psicológica, habilidades de mindfulness e autocompaixão.

Fonte: autoria própria (2023)

ANEXOS

ANEXO 1

Section and Topic	Item	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	ok
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	ok
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	ok
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	ok
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	ok
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	ok
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	ok
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	ok
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	ok
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	ok
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	ok
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	ok
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	NA
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	NA
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	NA
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	NA
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	NA

Section and Topic	Item	Checklist item	Location where item is reported
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	NA
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	NA
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	ok
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	NA
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	ok
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	NA
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	ok
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	ok
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	ok
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	ok
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	ok
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	NA
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	NA
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	NA
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	NA
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	ok
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	ok
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	ok
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	ok
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	NA
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	NA
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	NA

Section and Topic	Item	Checklist item	Location where item is reported
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	ok
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	ok
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	ok

Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

ANEXO 2

Section and Topic	Item	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	ok
BACKGROUND			
Objectives	2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	ok
METHODS			
Eligibility criteria	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	ok
Information sources	4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	ok
Risk of bias	5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	ok
Synthesis of results	6	Specify the methods used to present and synthesise results.	ok
RESULTS			
Included studies	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	ok
Synthesis of results	8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	ok
DISCUSSION			
Limitations of evidence	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	ok
Interpretation	10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	ok
OTHER			
Funding	11	Specify the primary source of funding for the review.	NA
Registration	12	Provide the register name and registration number.	NA

Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

ANEXO 3

Unique ID	E1	Study ID	Ahmad, 2020	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Web-based Mindfulness Virtual Community (MVC)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN
	Risk of bias judgement			Low
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?			Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?			PN
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?			NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?			NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?			Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?			NA
	Risk of bias judgement			Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?			PY
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?			NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?			NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?			NA

	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NI
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Low

Unique ID	E2	Study ID	An, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Estresse;	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			PY
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			NI
	Risk of bias judgement			Some concerns
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			PY

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	PN
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PN
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	PN
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	PY
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns
---------------------	-------------------------------	----------------------

Unique ID	E3	Study ID	Fish, 2019	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Aplicativo Headspace	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	PN
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N
	Risk of bias judgement	High
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	PY
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PN
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA

	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PY
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	High

Unique ID	E4	Study ID	Dai, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness Living With Challenge (MLWC)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; apoio social percebido	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			PN
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N
	Risk of bias judgement			High
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	High
---------------------	-------------------------------	-------------

Unique ID	E5	Study ID	Neto, 2019	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based interventions (MBI)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; qualidade de vida	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	PN
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	PN
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	NI
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NI
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI

	Risk of bias judgement	High
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PY
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	High

Unique ID	E6	Study ID	Ritvo, 2021	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness Virtual Community (MVC)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N
	Risk of bias judgement			Low
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	NI
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NI
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI
	Risk of bias judgement	High
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	High
---------------------	-------------------------------	-------------

Unique ID	E7	Study ID	Gu, 2018	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena; performance neuropsíquica	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA

	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Unique ID	E8	Study ID	Hall, 2018	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based interventions (MBI)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse; disfunção do sono	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			NI
	Risk of bias judgement			Some concerns
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			N

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	NI
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NI
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI
	Risk of bias judgement	High
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NI
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	High
---------------------	-------------------------------	-------------

Unique ID	E9	Study ID	Schulte-Frankenfeld, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based interventions (MBI)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Estresse; auto-regulação; satisfação com a vida	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	NI
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	N
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN

	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	PN
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Unique ID	E10	Study ID	Repo, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness Skills for Students Course (MSS)	Comparator	Suporte mental usual da universidade	Source
Outcome	Estresse; bem estar	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			N
	Risk of bias judgement			Low
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PY
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	Low
---------------------	-------------------------------	------------

Unique ID	E11	Study ID	El Morr, 2021	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Web-based guided mindfulness - cognitive behavioral therapy (CBT)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade; estresse; atenção plena	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	Y
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	PY
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN

	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Unique ID	E12	Study ID	Ma, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindful nature walking	Comparator	Urban mindful walking	Source
Outcome	Atenção plena; qualidade do sono; humor	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			PY
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			NI
	Risk of bias judgement			Some concerns
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PN
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	PN
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NI
	Risk of bias judgement	High
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PY
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PY
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	High

Overall bias	Risk of bias judgement	High
---------------------	-------------------------------	-------------

Unique ID	E13	Study ID	Simonsson, 2021	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based interventions (MBI)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Depressão; ansiedade	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	PY
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	NI
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PN
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NI
Risk of bias judgement	High	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	PN
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	PN

	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	NI
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	NI
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	NI
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	NI
	Risk of bias judgement	Some concerns
Overall bias	Risk of bias judgement	High

Unique ID	E14	Study ID	Modrego-Alarcón , 2021	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based programme (MBP)	Comparator	Relaxamento	Source
Outcome	Ansiedade; estresse	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN
	Risk of bias judgement			Some concerns
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	PN
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PN
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	N
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	NA
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns
---------------------	-------------------------------	----------------------

Unique ID	E15	Study ID	Huberty, 2019	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Aplicativo de mindfulness "Calm"	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Estresse; atenção plena; autocompaixão	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	N
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	N
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	N
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	PY
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	N

	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	N
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	PY
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	PN
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Unique ID	E16	Study ID	Karing, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based interventions (MBI) via videochamada	Comparator	Mindfulness-based interventions (MBI) via podcast	Source
Outcome	Depressão: ansiedade; atenção plena; satisfação com a vida	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			Y
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			NI
	Risk of bias judgement			Low
Bias due to deviations	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?			Y

from intended interventions	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	Y
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	PN
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low

Overall bias	Risk of bias judgement	Low
---------------------	-------------------------------	------------

Unique ID	E17	Study ID	Boyd, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based interventions (MBI)	Comparator	Programa de aconselhamento online	Source
Outcome	Estresse; bem estar; autocompaixao	Results		Weight

Domain	Signalling question	Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	NI
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PY
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	NA
Risk of bias judgement	Low	
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA

	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	PY
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Unique ID	E18	Study ID	Pogrebtsova, 2018	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)	Comparator	Relato de evento negativo	Source
Outcome	Atenção plena; experiências positivas e negativas	Results		Weight
Domain	Signalling question			Response
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?			Y
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?			NI
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?			PN

	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	PY
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PN
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	PN
	Risk of bias judgement	Some concerns
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y
	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	PN
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N

	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	PN
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Unique ID	E19	Study ID	Martínez-rubio, 2022	Assessor
Ref or Label		Aim	assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect)	
Experimental	Mindfulness and Compassion-Based Program (MCBP)	Comparator	Lista de espera	Source
Outcome	Estresse; atenção plena; autocompaixão; tensão psiquiátrica; flexibilidade psicológica	Results		Weight
Domain	Signalling question	Response		
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	Y		
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?	NI		
	1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	NI		
	Risk of bias judgement	Some concerns		
Bias due to deviations from intended interventions	2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Y		
	2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?	Y		
	2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?	N		
	2.4 If Y/PY to 2.3: Were these deviations likely to have affected the outcome?	NA		
	2.5. If Y/PY/NI to 2.4: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?	NA		
	2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?	PN		
	2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?	PN		
	Risk of bias judgement	Some concerns		
Bias due to missing outcome data	3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Y		

	3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that result was not biased by missing outcome data?	NA
	3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?	NA
	3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in measurement of the outcome	4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
	4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	N
	4.3 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Y
	4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?	PN
	4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?	NA
	Risk of bias judgement	Low
Bias in selection of the reported result	5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Y
	5.2 ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	N
	5.3 ... multiple eligible analyses of the data?	N
	Risk of bias judgement	Low
Overall bias	Risk of bias judgement	Some concerns

Fonte: *Risk of Bias in Randomized Trials*