

## MEDITAÇÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM MINORIAS SEXUAIS

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito da meditação na ansiedade e na qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero. Trata-se de um ensaio clínico randomizado, 23 indivíduos participaram do grupo experimental e 19 do controle. Houve diminuição das médias de ansiedade estado, ao se comparar o pré-teste (51,87±10,20) com a 4ª semana (42,70±12,85) e a 8ª semana de meditação (41,12±14,02) no grupo experimental ( $p = 0,015$ ). Não houve efeito estatisticamente significativo da meditação na qualidade de vida, apesar dessa média ter aumentado durante a prática. A meditação pode ser uma estratégia de cuidado de enfermagem em saúde mental.

Descritores: Meditação, Saúde Mental, Minorias Sexuais e de Gênero.

Meditation, anxiety and quality of life in sexual minorities

**Abstract:** The aim of this study was to evaluate the effect of meditation on anxiety and quality of life in sexual and gender minorities. This is a randomized clinical trial, 23 individuals participated in the experimental group and 19 in the control. There was a decrease in the averages of state anxiety, when comparing the pre-test (51.87±10.20) with the 4th week (42.70±12.85) and the 8th week of meditation (41.12±14, 02) in the experimental group ( $p = 0.015$ ). There was no statistically significant effect of meditation on quality of life, although this mean increased during practice. Meditation can be a nurse mental health care strategy.

Descriptors: Meditation, Mental Health, Sexual and Gender Minorities.

Meditación, ansiedad y calidad de vida en minorías sexuales

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la meditación sobre la ansiedad y la calidad de vida en minorías sexuales y de género. Este es un ensayo clínico aleatorizado, 23 individuos participaron en el grupo experimental y 19 en el control. Hubo una disminución en los promedios del estado de ansiedad, al comparar el pre-test (51.87 ± 10.20) con la 4a semana (42.70 ± 12.85) y la 8a semana de meditación (41.12 ± 14, 02) en el grupo experimental ( $p = 0,015$ ). No hubo un efecto estadísticamente significativo de la meditación sobre la calidad de vida, aunque esta media aumentó durante la práctica. La meditación puede ser una estrategia de atención de enfermería de salud mental.

Descriptores: Meditación, Salud Mental, Minorías Sexuales y de Género.

**Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas.  
E-mail: [leilanecamila@hotmail.com](mailto:leilanecamila@hotmail.com)

**Alice Correia Barros**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas.  
E-mail: [alicebarros.enf@gmail.com](mailto:alicebarros.enf@gmail.com)

**Ana Paula Nogueira Magalhães**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.  
E-mail: [paula\\_nog@arapiraca.ufal.br](mailto:paula_nog@arapiraca.ufal.br)

**Joelma de Oliveira Albuquerque**

Educadora física. Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.  
E-mail: [joelma.albuquerque@arapiraca.ufal.br](mailto:joelma.albuquerque@arapiraca.ufal.br)

**Ana Claudia Corrêa de Ornelas Maia**

Psicóloga. Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
E-mail: [psianaornelas@gmail.com](mailto:psianaornelas@gmail.com)

**Verônica de Medeiros Alves**

Enfermeira. Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do Curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade Federal de Alagoas.  
E-mail: [veronica.alves@eenf.ufal.br](mailto:veronica.alves@eenf.ufal.br)

Submissão: 29/09/2021  
Aprovação: 09/04/2022  
Publicação: 11/06/2022

**Como citar este artigo:**

Francisco LCFL, Barros AC, Magalhães APN, Albuquerque JO, Maia ACCO, Alves VM. Meditação, ansiedade e qualidade de vida em minorias sexuais. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(38):118-131.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.118-131>

## Introdução

As minorias sexuais e de gênero, grupo composto por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) são alvo de discriminação (Ex.: homofobias, lesbofobia, transfobia), o que contribui com a exclusão social e está associada à vulnerabilidade à sua saúde e ao sofrimento mental<sup>1</sup>.

A violência psicológica como humilhação, cobrança por mudança de comportamento e rejeição repercute no isolamento do convívio social, na tristeza, baixa autoestima, insônia e no desenvolvimento de transtornos mentais, como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), transtorno depressivo maior, pensamentos e atos suicidas nessa população<sup>2</sup>.

Estima-se que 264 milhões de pessoas apresentam transtornos de ansiedade no mundo<sup>3</sup>. O TAG é caracterizado por uma preocupação intensa e persistente, redução de desempenho de atividades, nervos à “flor da pele”, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão e sono irregular<sup>4</sup>.

Ao comparar-se aos heterossexuais, as minorias sexuais e de gênero apresentam maior estimativa de adoecimento por transtornos mentais como o TAG, estando as mulheres pertencentes a minorias sexuais e de gênero mais acometidas por ansiedade, sendo 7,3% lésbicas e 12,8% bissexuais. Nas mulheres heterossexuais, a proporção foi de 4,6%. Entre os homens, a frequência de TAG foi de 6,4% para os gays e 5,9% para bissexuais. Nos homens heterossexuais, a proporção foi de 2,9%<sup>5</sup>.

Mesmo com o desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de promover a dignidade humana, a igualdade e a liberdade dessa população, ainda existem fragilidades relacionadas ao estigma

que envolve todo o contexto histórico desse grupo. O que se manifesta é uma sociedade desigual, violenta e singular, repercutindo em intenso sofrimento<sup>6,7</sup>.

Diante das dificuldades enfrentadas por esse grupo, a Qualidade de Vida (QV) pode ser prejudicada. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV diz respeito à percepção do indivíduo acerca das diversas áreas de sua vida. Esta tem um amplo conceito, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, de relações sociais e independência, crenças e o ambiente em que se habita<sup>8</sup>.

Nesse contexto, este estudo se justifica pelo fato das minorias sexuais e de gênero serem uma população vulnerável ao adoecimento mental, diante do estigma que vivenciam. Assim, este estudo poderá contribuir com a prática de cuidados de enfermagem em saúde mental, por meio da utilização de tecnologias leves como a meditação, para melhora dos níveis de ansiedade e da qualidade de vida de seus praticantes.

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

## Objetivo

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

## Material e Método

Trata-se de um ensaio clínico randomizado de natureza prospectiva, controlado, paralelo, aberto, com dois braços sobre o efeito da meditação com foco na respiração nos níveis de ansiedade e qualidade de vida em discentes pertencentes a

minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus A. C. Simões, Maceió-Alagoas, Brasil.

O cálculo amostral foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com tamanho de efeito grande (0,80), nível de significância de 5% e poder de 80%, o que determinou uma amostra de 50 pessoas (25 do grupo experimental e 25 no grupo controle). Este ensaio clínico randomizado utilizou a prática de meditação com foco na respiração por 8 semanas, baseado no estudo realizado em estudantes de enfermagem de uma Universidade da Coreia do Sul<sup>9</sup>. O tamanho da amostra foi calculado no programa G\*power 3.1.

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

Para o recrutamento inicial, foram conseguidos alguns contatos por meio de alunas do curso de enfermagem, para convidar minorias sexuais a participarem do estudo. As entrevistas foram feitas mediante agendamento telefônico, para rastrear de minorias sexuais com ansiedade, segundo o MINI. Era solicitado aos entrevistados que indicassem outras pessoas que estudavam na UFAL e que pertencem a minorias sexuais para participar da pesquisa. A técnica de amostragem não probabilística snowball ou bola de neve surgiu para auxiliar na coleta de dados de populações de difícil acesso, de forma que a amostra vai crescendo à medida que os entrevistados indicam outras pessoas que, possivelmente, farão parte da pesquisa<sup>10</sup>. Para a divisão dos grupos experimental e

controle, foi utilizado o método de amostragem aleatória simples por meio de sorteio. Este é um processo de seleção randômico onde cada elemento tem a mesma chance de ser selecionado<sup>11</sup>. As pessoas positivas para o rastreamento da ansiedade eram sorteadas para participar do grupo experimental (meditação) ou do controle (sem intervenção).

Os critérios de inclusão foram: Idade igual ou superior a 18 anos, ser discente da UFAL, pertencer a minorias sexuais e de gênero e apresentar ansiedade, mediante MINI. Os critérios de exclusão foram: Indivíduos sob efeito de substâncias psicoativas ou em fase aguda de alucinação.

Após sorteio e divisão dos grupos experimental (exposto à meditação) e controle (não exposto a nenhuma intervenção), aconteceram os encontros para a prática da meditação. Os participantes praticavam a meditação com foco na respiração uma vez por semana, por 8 semanas, tendo duração de 30 minutos, divididas em três blocos de 10 minutos. A meditação ocorria na Residência Universitária e numa sala de aula da Escola de Enfermagem da UFAL. Para a avaliação do efeito da meditação na ansiedade e qualidade de vida foram comparados os grupos experimental e controle, em 2 momentos: a) na quarta semana e b) na oitava semana. Nesses dois momentos, os dois grupos preenchem o questionário de identificação, o IDATE e o WHOQOL.

A randomização foi feita mediante sorteio, no qual, para cada participante que apresentava ansiedade retirava-se um papel que definia se ele participaria do grupo experimental ou controle. Cada papel tinha escrito “com meditação” ou “sem meditação”, a fim de garantir a randomização sem interferência dos pesquisadores.

Foram randomizadas 30 pessoas para o grupo experimental, das quais 23 foram expostas à prática de meditação por 8 semanas. No grupo controle, 25 pessoas foram randomizadas e não participaram da meditação. Destas, 19 pessoas concluíram o preenchimento dos instrumentos nos dois momentos da pesquisa (Figura 1).

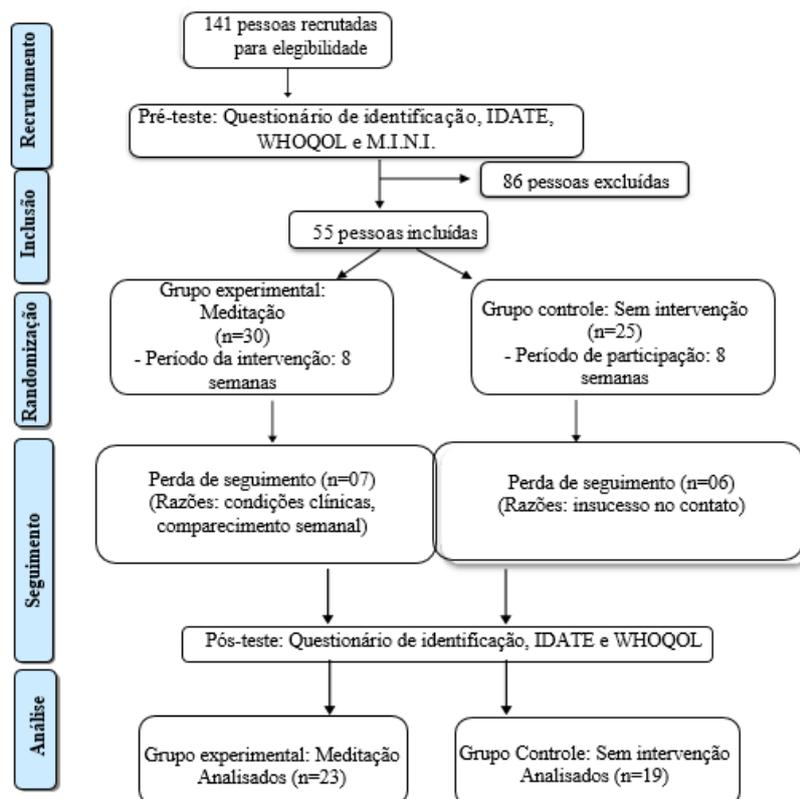
A forma como o estudo foi conduzido não permitiu que o mesmo fosse duplo-cego, onde tanto o pesquisador como os participantes não sabiam a qual dos dois grupos pertenceriam, mas o pesquisador analisador dos dados foi cegado durante a análise estatística, não sabendo quem pertencia a qual grupo, de forma a evitar análises tendenciosas.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 20.0. Na análise descritiva utilizaram-se as frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão. As análises

inferenciais ocorreram por meio do Teste Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), correlação de Pearson, teste t de Student e ANOVA. Foi considerada a significância de  $p < 0,05$  e intervalo de confiança de 95%.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, conforme o Parecer Consubstanciado de Autorização sob o número 2.826.905. Este estudo foi registrado e aprovado na Plataforma ReBEC (Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos), sob o número de registro RBR-3bskgt.

**Figura 1.** Fluxograma do estudo.



## Resultados

Foram realizadas 141 entrevistas com os discentes pertencentes a minorias sexuais da UFAL para o recrutamento do ensaio clínico. Após sorteio, 23 pessoas seguiram o programa de meditação participando do grupo experimental e 19 participaram do grupo controle.

Ao analisar os dados por grupo, observou-se que a maioria era do sexo masculino (13–56,5%, experimental; 10–52,6%, controle), tinha idade entre 20-29 anos (15–65,22%, experimental; 15–78,95%, controle); e não trabalhava (15–65,2%, experimental;

16–84,2%, controle). A maioria era homossexual (12–52,2%, experimental; 13–68,4%, controle) e cisgênero (22–95,7%, experimental; 19–100%, controle). De acordo com a cor da pele, a maioria era branca no grupo experimental (9–39,1%), enquanto que no grupo controle 7 (30,4%) eram brancos e 7 (30,4%) eram pardos. Ao agregar negros e pardos, obtiveram-se maioria (14–60,4% no grupo experimental; 10–52,6% no grupo controle) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência de minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas por grupo de acordo com o sexo, faixa etária, trabalha, orientação sexual, identidade de gênero e cor da pele, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	10	43,5	9	47,4
Masculino	13	56,5	10	52,6
<b>Faixa Etária</b>				
18-19	7	30,43	4	21,05
20-29	15	65,22	15	78,95
30-39	1	4,35	0	0
40-43	0	0	0	0
<b>Trabalha</b>				
Sim	8	34,8	3	15,8
Não	15	65,2	16	84,2
<b>Orientação Sexual</b>				
Homossexual	12	52,2	13	68,4
Bissexual	9	39,1	6	31,6
Pansexual	2	8,7	0	0
<b>Identidade de Gênero</b>				
Cisgênero	22	95,7	19	100
Transgênero	0	0	0	0
Não-binário	1	4,3	0	0
<b>Cor da pele</b>				
Branco	9	39,1	7	36,8
Pardo	7	30,4	7	36,8
Negro	7	30,4	3	15,8
Amarelo	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em ambos os grupos estudados, todos revelaram sua orientação sexual para alguém (23–100%, experimental; 19–100%, controle). Desses, a maioria sofreu reprovação social (17–73,9%, experimental; 15–78,9%, controle). No que diz respeito à proveniência da reprovação social, a maioria do grupo experimental sofreu reprovação da família (14–60,9%) e o grupo controle, de pessoas desconhecidas (13–68,4%). Ambos os grupos tiveram consequências negativas devido a essa reprovação, deixando-os ansiosos (10–43,5%, experimental; 9–47,4%, controle) e deprimidos (9–39,1%, experimental; 8–42,1%, controle) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Revelação de orientação sexual, experiência, proveniência e consequências de reprovação social sofrida por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
<b>Revelou orientação sexual</b>				
Sim	23	100	19	100
Não	0	0	0	0
<b>Experiência de reprovação social</b>				
Sim	17	73,9	15	78,9
Não	6	26,1	4	21,1
<b>Proveniência da reprovação social</b>				
Família	14	60,9	9	47,4
Pessoas desconhecidas	8	34,8	13	68,4
Amigos	6	26,1	2	10,5
Colegas da faculdade	2	8,7	3	15,8
Colegas de trabalho	1	4,3	1	5,3
Outros	3	13	1	5,3
<b>O quanto a reprovação o deixou ansioso</b>				
Nada	0	0	1	5,3
Pouco	2	8,7	3	15,8
Bastante	10	43,5	9	47,4
Muitíssimo	5	21,7	2	10,5
Sem resposta	6	26,1	4	21,1
<b>O quanto a reprovação o deixou deprimido</b>				
Nada	0	0	1	5,3
Pouco	2	8,7	4	21,1
Bastante	9	39,1	8	42,1
Muitíssimo	6	26,1	2	10,5
Sem resposta	6	26,1	4	21,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

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

Segundo o MINI, observou-se que após o TAG, o episódio depressivo maior recorrente ocupou a segunda posição tanto no grupo experimental (15–65,2%), quanto no grupo controle (9–47,4%). Além disso, percebe-se que estes indivíduos estão adoecendo precocemente, visto a alta frequência de transtornos mentais no grupo experimental (23–100%) e controle (19–100%); e mais especificamente, do TAG no grupo experimental (23–100%)

e controle (19–100%). Vale destacar ainda, a alta frequência de comorbidade psiquiátrica em ambos os grupos (22–95,7%, experimental; 18–94,7%, controle) (Tabela 3).

**Tabela 3:** Transtornos mentais por grupo em minorias sexuais e de gênero da Universidade Federal de Alagoas de acordo com o MINI, Brasil – 2019 (n=42).

TRANSTORNO MENTAL	Experimental (n=23)		Controle (n=19)	
	N	%	N	%
Tem transtorno mental	23	100	19	100
Episódio Depressivo Maior Atual	3	13	2	10,5
Episódio Depressivo Maior Passado	3	13	5	26,2
Episódio Depressivo Maior Recorrente	15	65,2	9	47,4
Transtorno Depressivo Maior Atual	3	13	2	10,5
Transtorno Depressivo Maior Passado	2	8,7	3	15,8
Transtorno Depressivo Maior Recorrente	12	52,2	7	36,8
Suicidalidade atual	8	34,8	3	15,8
Suicidalidade (Tentativa ao longo da vida)	9	39,1	1	5,3
Grau de suicidalidade leve	4	17,4	1	5,3
Grau de suicidalidade moderado	0	0	0	0
Grau de suicidalidade elevado	8	34,8	2	10,5
Transtorno de comportamento suicida atual	2	8,7	0	0
Transtorno de comportamento suicida em remissão recente	4	17,4	0	0
Episódio maníaco atual	1	4,3	2	10,5
Episódio maníaco passado	3	13	3	15,8
Episódio hipomaníaco passado	0	0	0	0
Transtorno bipolar tipo I atual	1	4,3	2	10,5
Transtorno bipolar tipo I passado	3	13	1	5,3
Transtorno bipolar tipo I com sintomas psicóticos passado	0	0	0	0
Transtorno bipolar tipo II passado	0	0	0	0
Transtorno do pânico atual	8	34,8	4	21,1
Transtorno do pânico ao longo da vida	10	43,5	5	26,3
Agorafobia	4	17,4	3	15,8
Transtorno de Ansiedade Social	3	13	2	10,5
Transtorno Obsessivo Compulsivo	5	21,7	1	5,3
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	2	8,7	1	5,3
Transtorno por uso de álcool	8	34,8	5	26,2
Transtorno por uso de substâncias	6	26,1	1	5,3
Qualquer transtorno psicótico ao longo da vida	0	0	0	0
Anorexia Nervosa	0	0	0	0
Bulimia Nervosa	0	0	0	0
Transtorno da compulsão alimentar periódica	0	0	0	0
Transtorno de Ansiedade Generalizada	23	100	19	100
Transtorno de Personalidade Antissocial	2	8,7	2	10,5
Comorbidade	22	95,7	18	94,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Houve uma diminuição nas médias dos níveis de ansiedade estado, ao se comparar o pré-teste (51,87±10,20) com a 4ª semana (42,70±12,85) e a 8ª semana (41,12±14,02), no grupo experimental. O mesmo se observou nas médias dos níveis de ansiedade traço do grupo experimental, comparando o pré-teste (58,65 ±7,90), 4ª semana (54,17 ±11,30) e 8ª semana (51,25 ±12,83). Observou-se que houve significância estatística na redução dos níveis de ansiedade estado entre a fase inicial e a 4ª semana de meditação ( $F=6,434$ ;  $p = 0,015$ ). Ou seja, houve melhora significativa da ansiedade entre a fase inicial e a 4ª semana da prática de meditação (Tabela 4).

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

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

<sup>t</sup>Teste t de Student; \*p < 0,05

Quanto às médias de qualidade de vida, o domínio físico foi o que obteve menor média, tanto no grupo experimental como no controle. Houve um aumento na média de qualidade de vida geral, desde o pré-teste até a 8ª semana, no grupo experimental, sendo 48,91 (±19,18) no pré-teste, 49,45 (±19,02) na 4ª semana e 53,90 (±13,47) na 8ª semana. O mesmo não se verificou no grupo controle, onde a média aumentou na 4ª semana, mas diminuiu na 8ª semana. Não se identificou significância estatística no efeito da meditação sobre a qualidade de vida (Tabela 5).

**Tabela 5:** Média e desvio padrão de qualidade de vida por grupo de acordo com domínios e qualidade de vida geral no pré-teste e durante o acompanhamento nas 4 e 8 semanas, Brasil – 2019 (n=42).

Variáveis	Experimental			Controle		
	Média (±DP)	Mínimo	Máximo	Média (±DP)	Mínimo	Máximo
<b>Domínio Físico</b>						
Pré-teste	25,62 (±13,98)	3,57	53,57	33,08 (±16,66)	0	67,86
4 semanas	35,09 (±18,26)	3,57	64,29	34,39 (±15,98)	3,57	71,43
8 semanas	37,94 (±20,15)	0	64,29	34,82 (±21,75)	-10,71	67,86
<b>Domínio Psicológico</b>						
Pré-teste	44,02 (±13,34)	20,83	70,83	49,78 (±12,14)	25,00	75,00
4 semanas	54,89 (±15,82)	29,17	83,33	64,25 (±14,52)	41,67	83,33
8 semanas	57,29 (±16,90)	16,67	79,17	60,07 (±16,89)	29,17	83,33
<b>Domínio Relações Sociais</b>						
Pré-teste	56,15 (±17,62)	16,67	83,33	60,08 (±18,75)	33,33	91,67
4 semanas	60,86 (±20,47)	8,33	91,67	53,94 (±22,63)	8,33	91,67
8 semanas	60,41 (±21,19)	25,00	91,67	46,52 (±26,69)	0	83,33
<b>Domínio Meio Ambiente</b>						
Pré-teste	46,60 (±15,30)	9,38	75,00	47,53 (±10,75)	21,88	68,75
4 semanas	48,64 (±16,20)	9,38	81,25	51,48 (±13,51)	12,50	65,63
8 semanas	50,78 (±11,77)	25,00	71,88	51,04 (±17,39)	9,38	81,25
<b>Qualidade de Vida Geral</b>						
Pré-teste	48,91 (±19,18)	12,50	87,50	46,71 (±18,08)	12,50	75,00
4 semanas	49,45 (±19,02)	12,50	75,00	54,60 (±19,63)	25,00	87,50
8 semanas	53,90 (±13,47)	37,50	75,00	47,91 (±26,02)	0	75,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Identificou-se uma correlação positiva entre orientação sexual e reprovação social sofrida pela população LGBT no grupo experimental ( $r= 0.468$ ,  $p= 0,024$ ) e controle ( $r= 0.482$ ,  $p= 0,036$ ). Ou seja, a orientação sexual está diretamente relacionada com a reprovação social.

## Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram a redução significativa dos níveis de ansiedade estado da fase inicial para as 4 semanas de meditação em pessoas pertencentes a minorias sexuais da Universidade Federal de Alagoas, Campus A. C. Simões. Não houve efeito estatisticamente significativo da meditação nas médias dos domínios da qualidade de vida, apesar da média de qualidade de vida geral ter sido crescente entre as semanas iniciais até a finalização das 8 semanas de meditação.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, este estudo identificou uma maior frequência do sexo masculino com TAG, o que diverge de um estudo<sup>3</sup> que afirma que os transtornos de ansiedade são mais comuns em mulheres do que em homens, estimando ainda que 7,7% da população feminina apresenta ansiedade, enquanto que para os homens a estimativa é de 3,6%.

A faixa etária mais frequente foi entre 20–29 anos, tanto no grupo experimental, quanto no controle. Tal fato pode ter acontecido devido à pesquisa ter sido realizada em uma universidade, local em que se encontram com mais frequência, estudantes mais jovens. Não há tanta diferença entre as faixas etárias, quanto à presença de ansiedade. Porém, em idades mais avançadas há uma tendência a diminuir sua prevalência<sup>3</sup>.

Foi identificada uma maior frequência de indivíduos com cor da pele branca no grupo experimental. Porém, diante da junção dos resultados referentes à cor parda e negra, estas apresentaram uma maior frequência em ambos os grupos. O estigma oriundo da relação da cor negra a algo pejorativo se faz presente diante de todo um contexto histórico, repercutindo na exclusão de indivíduos negros e na violência psicológica, o que os torna uma população com risco para o desenvolvimento de transtornos mentais<sup>12</sup>.

Foi identificado na presente pesquisa que a maioria era homossexual em ambos os grupos, o que corrobora com um estudo de coorte realizado em Chicago com jovens de 16 a 20 anos pertencentes a minorias sexuais e de gênero, que identificou que sua maioria era homossexual (329–73,3%), seguida de bissexuais (94–21,4%)<sup>13</sup>.

A experiência de reprovação social pode ser um fator de vulnerabilidade ao adoecimento mental. No presente estudo, foi identificado que, nos dois grupos, todos revelaram sua orientação sexual. É um desafio para esse grupo tomar a decisão da revelação da orientação sexual e a forma como isso deverá acontecer, o que ocasiona intenso sofrimento<sup>14</sup>. Porém, quando essa revelação ocorre, há o enfrentamento de outros desafios, como a reprovação social identificada nos grupos estudados. Essa reprovação pode ter contribuído para deixá-los ansiosos e deprimidos.

A correlação positiva entre orientação sexual e reprovação social, tanto no grupo experimental como no controle, confirma que a orientação sexual predispõe os indivíduos à reprovação social. Isso corrobora a literatura que constatou que,

independentemente da orientação sexual entre as minorias sexuais, há falta de suporte, estigma da sociedade, família e amigos e a vergonha por não seguir padrões heteronormativos, o que repercute em intenso prejuízo à saúde<sup>15,16</sup>.

Vê-se a gravidade do problema ao se identificar que, uma a cada cinco jovens lésbicas, não recebia suporte social e, ao comparar-se com grupos heterossexuais, os jovens gays, lésbicas e bissexuais têm entre duas e três vezes mais falta de apoio social<sup>17</sup>.

Identificou-se que a reprovação social era advinda, principalmente, da família no grupo experimental, enquanto que no controle, vinham de pessoas desconhecidas. Como alguns dos entrevistados desta pesquisa revelaram sua orientação sexual apenas para pessoas que não são familiares, acredita-se que a taxa de reprovação social proveniente da família poderia ter sido mais alta.

As variáveis “baixo apoio familiar” versus “vítimas de homofobia” foram significativamente associadas à ansiedade<sup>16</sup>. A ausência de apoio social, especialmente do familiar, é mais fortemente associada a problemas de saúde mental do que a exposição à violência<sup>17</sup>. Isso indica que o apoio familiar pode moderar os níveis de ansiedade.

Quanto maior a independência financeira, menor é a internalização da homofobia vivenciada e, conseqüentemente, menores são as conseqüências negativas à saúde mental<sup>18</sup>. Como os entrevistados do presente estudo eram jovens e estavam na graduação, isso os impossibilita muitas vezes de trabalharem e de serem independentes financeiramente. Isso pode ter contribuído com o sofrimento mental dessa população, diante da

ausência de apoio necessário para lidar com sua própria aceitação, da família e da sociedade.

Quanto às queixas, identificou-se a presença de sofrimento por antecipação, acordar cansado, impaciência, dificuldade de concentração, irritabilidade e dificuldade de lidar com pessoas lentas, todas indicativas do TAG. Houve correlações significativas entre as queixas apresentadas e entre estas e a ansiedade traço e estado, tanto no grupo experimental, como no controle. Estas queixas evidenciam uma saúde mental prejudicada, menor qualidade de vida das minorias sexuais e isso pode interferir na aprendizagem acadêmica.

Mesmo em meio a todas essas queixas, havia pouca procura de formas de prevenção de sua saúde mental e de amenização das vulnerabilidades a eles atribuídas. Poucos realizavam exercício físico e acompanhamento psicológico e isso era justificado pela falta de tempo e de acesso. Há grande associação entre a ausência de prática de exercícios físicos, de atividades de lazer, má qualidade de sono, experiências negativas de vida e o surgimento do adoecimento mental<sup>19</sup>. O fato da maioria dos integrantes não fazerem acompanhamento psicológico no presente estudo pode ser atribuído à dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde.

Identificou-se em uma pesquisa que os profissionais de saúde não são capacitados para lidar com as questões de saúde da população em questão, o que faz com que sua prática seja pautada na ausência de sensibilidade e de profissionalismo, refletindo na ausência das minorias sexuais e de gênero nos serviços de saúde e no aumento da vulnerabilidade ao adoecimento físico e mental<sup>20</sup>. Por

consequente, essas barreiras se dão, sobretudo, na ausência de acolhimento a esses indivíduos possuidores de direitos, mas predispostos à ausência de equidade no cuidado à saúde<sup>21</sup>.

Diante da alta frequência de ansiedade e comorbidade psiquiátrica, percebe-se que estas podem ocasionar grande impacto à vida dessas pessoas devido ao agravamento e, conseqüentemente, comprometimento oriundos da sobreposição de transtornos mentais<sup>22</sup>.

Estudo realizado nos Estados Unidos que teve como objetivo avaliar os efeitos da discriminação e racismo na saúde mental e na ideação suicida em uma amostra de minorias sexuais identificou maior risco para ansiedade, depressão e insatisfação com a vida<sup>23</sup>. O risco deles desenvolverem ansiedade é duas a três vezes maior que nos heterossexuais<sup>24</sup>.

Com relação às queixas identificadas nos participantes da pesquisa, viu-se que houve melhora significativa do sono, à medida que as práticas de meditação iam ocorrendo. Estudo conduzido em Londres que tinha como objetivo analisar a qualidade do sono entre gays, bissexuais e homens que faziam sexo com homens identificou que um terço (34,6%) daqueles apresentavam má qualidade de sono, avaliando-o como bastante ruim (56–27,7%) e muito ruim (14–6,9%), o que implicava em piores condições de saúde dos entrevistados<sup>25</sup>. Pesquisa realizada nos Estados Unidos<sup>26</sup> buscou examinar diferenças na duração e qualidade do sono entre adultos gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais e mostrou que homens gays tinham maiores problemas de sono quando comparados aos heterossexuais e bissexuais e que mulheres lésbicas e bissexuais tinham mais problemas de sono ao comparar-se às heterossexuais.

Isso mostra que a insônia relatada pelas minorias sexuais da atual pesquisa pode estar relacionada às próprias questões de gênero que os tornam mais vulneráveis à ansiedade. Amenizar essas queixas e procurar meios que proporcionem o bem-estar pode contribuir com a diminuição de sinais e sintomas de ansiedade e melhorar sua qualidade de vida.

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

Outro estudo<sup>27</sup>, ao testar a viabilidade da meditação para diminuir o estresse e ansiedade em 30 cuidadores de pessoas com doenças pulmonares por 4 semanas, verificou que o grupo que praticou a meditação ( $n=15$ ) diminuiu significativamente a ansiedade estado ( $p = 0,003$ ) e ansiedade traço ( $p = 0,006$ ) do pré-teste para o pós-teste. Resultado semelhante foi observado no atual estudo, havendo significância estatística ( $p = 0,015$ ) apenas na ansiedade estado, entre a fase pré-teste e a 4ª semana de meditação.

Ao avaliar a qualidade de vida, identificou-se que o domínio físico apresentou a menor média de todos os domínios nos dois grupos estudados, seguido do domínio psicológico. O domínio físico é representado por queixas de dor e desconforto, falta de energia e

fadiga, qualidade de sono e repouso prejudicado, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e dificuldade para realizar trabalhos acadêmicos<sup>28</sup>. Já o psicológico diz respeito a sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais<sup>28</sup>. Esse comprometimento no domínio físico e psicológico pode contribuir para a dificuldade de assimilação do conteúdo acadêmico.

Resultado semelhante foi apontado na pesquisa que buscou avaliar a qualidade de vida da população LGBT e obteve como resultado média menor de qualidade de vida no domínio físico e psicológico, sendo associada negativamente com a variável discriminação sofrida<sup>29</sup>. Ou seja, quanto maior era a experiência de discriminação devido à orientação sexual, menor era a média de qualidade de vida desses indivíduos.

Apesar de haver um aumento das médias em todos os domínios no grupo experimental durante as 8 semanas de acompanhamento neste estudo, não houve significância estatística no efeito da meditação na qualidade de vida. Divergindo disso, adolescentes que foram expostos a um programa de meditação focada na respiração por 8 semanas em um estudo piloto do tipo pré-teste e pós-teste no Brasil apresentaram melhora significativa nos domínios físico ( $p = 0,026$ ), relações sociais ( $p = 0,043$ ) e geral ( $p = 0,046$ ). Já nos domínios psicológico ( $p = 0,131$ ) e meio ambiente ( $p = 0,496$ ) não houve significância estatística<sup>30</sup>.

## Conclusão

Conclui-se que o efeito da meditação apresentou significância estatística em relação à ansiedade

estado, mas não para a qualidade de vida em minorias sexuais e de gênero. Destaca-se que houve redução significativa dos níveis de ansiedade estado da fase pré-teste à 4ª semana de meditação. Não houve significância estatística entre meditação e qualidade de vida, mesmo havendo aumento das médias de qualidade de vida geral, no grupo que participou da meditação.

As minorias sexuais e de gênero são vulneráveis ao adoecimento mental, destacando-se o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Isso pode ser reflexo de todas as pressões sociais e familiares que esses indivíduos sofrem para se adequarem aos padrões e normas de gênero. Além de todo o contexto de enfrentamento da vida peculiar dessa população, que repercute em consequências negativas para a mente e o corpo.

A realização da prática de meditação pode ser uma das estratégias de cuidado na promoção da saúde mental realizada pelo profissional de enfermagem, em qualquer área em que esteja atuando, desde a Atenção Básica até mesmo nos serviços especializados, hospitalares e na docência. É uma tecnologia leve que não demanda altos custos e que pode ser eficiente na redução dos sintomas de ansiedade e no bem-estar de seus praticantes.

Além disso, vale destacar a necessidade das minorias sexuais serem compreendidas em sua singularidade como pessoas que precisam de atenção e que recebam cuidados direcionados à sua saúde tanto física como mental.

As limitações deste estudo são devidas as perdas de seguimento (sete pessoas no experimental e seis no controle), por falta de comparecimento nas práticas e insucesso nas tentativas de contato

telefônico. Diante disso, recomenda-se que estudos com tempo de seguimento menor que oito semanas sejam realizados, com a finalidade de melhor adesão terapêutica para o mesmo desfecho.

## Referências

1. Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
2. Albuquerque GA, Parente JS, Belém JM, Garcia CL. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis, e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde em Debate*. 2016; 40(109):100-111.
3. Who. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017\\_2-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017_2-eng.pdf)>. Acesso em: 15 novembro 2019.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
5. Björkenstam C, Björkenstam E, Andersson G, Cochran S, Kosidou K. Anxiety and depression among sexual minority women and men in Sweden: is the risk equally spread within the sexual minority population? *J Sex Med*. 2017; 14(3):396-403.
6. Resadori AH, Rios RR. Identidades de gênero e o debate étnico-racial no direito brasileiro. *Rev Ciências Sociais*. 2018; 18(1):10-25, 2018.
7. Couto DR, Oswald MLMB, Pocahy FA. Gênero, sexualidade e juventude(s). *Rev Ciências Sociais*. 2018; 18(1):124-137.
8. Who. Promoción de la Salud Glosario. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HP\\_R\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HP_R_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 03 dezembro 2019.
9. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*. 2015; 35:86-90.
10. Heckathorn DD, Cameron CJ. Network Sampling: From Snowball and Multiplicity to Respondent-Driven Sampling. *Annu. Rev Sociol*. 2017; 43:101-19.
11. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
12. Silva IPA, Chai CG. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. *Rev Políticas Públicas*. 2018; 22:987-1005.
13. Burns MN, Ryan DT, Garofalo R, Newcomb ME, Mustanski B. Mental health disorders in young urban sexual minority men. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56(1):52-58.
14. Yarns BC, Abrams JM, Meeks TW, Sewell DD. The Mental Health of Older LGBT Adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 60(18):1-11.
15. Ngamake ST, Walch SE, Raveepatarakul J. Discrimination and sexual minority mental health: mediation and moderation effects of coping. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2016; 3(2):213-226.
16. Wang CC, Lin HC, Chen MH, Ko NY, Chang YP, Lin IM et al. Effects of traditional and cyber homophobic bullying in childhood on depression, anxiety, and physical pain in emerging adulthood and the moderating effects of social support among gay and bisexual men in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14:1309-1317.
17. Bränström R. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71:446-452.
18. Paveltchuk FO, Borsa JC. Homofobia internalizada, conectividade comunitária e saúde mental em uma amostra de indivíduos LGB brasileiros. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2019; 37(1):47-61.
19. Zeng Y, Wang G, Xie C, Hu X, Reinhardt. Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study. *Psychol Health Med*. 2019; 24(7):798-811.
20. Luvuno ZP, Mchunu G, Ncama B, Ngidi H, Thompson TM. Evidence of interventions for improving healthcare access for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa: a

scoping review. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2019; 11(1):1-10.

21. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único De Saúde. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2018; 31(1):1-10.

22. Machado MB, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Arent CO et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatria*. 2016; 65(1):28-35.

23. Sutter M, Perrin PB. Discrimination, mental health, and suicidal ideation among lgbtq people of color. *Journal of Counseling Psychology*. 2016; 63(1):98-105.

24. Reisner SL, Katz-Wise SL, Gordon AR, Corliss HL, Austin SB. Social epidemiology of depression and anxiety by gender identity. *J Adolesc Health*. 2016; 59(2):203-208.

25. Duncan DT, Goedel WC, Mayer KH, Safren SA, Palamar JJ, Hagen DH et al. Poor sleep health and its association with mental health, substance use, and condomless anal intercourse among gay,

bisexual, and other men who have sex with men. *Sleep Health*. 2016; 2(4):316-321.

26. Galinsky AM, Ward BW, Joestl SS, Dahlhamer JM. Sleep duration, sleep quality, and sexual orientation: findings from the 2013-2015 National Health Interview Survey. *Sleep Health*. 2018; 4(1):56-62.

27. Haines J, Spadaro KC, Choi J, Hoffman LA, Blazek AM. Reducing Stress and Anxiety in Caregivers of Lung Transplant Patients: Benefits of Mindfulness Meditation. *Int J Org Transplant Med*. 2014; 5(2):50-56.

28. Whoqol. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer. 1994; 41-60.

29. Kim H, Jen S, Frediksen-Goldsen KI. Race/ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults. *Gerontologist*. 2017; 57(S1):S30-S39.

30. Assis ASM, Portella CFS, Malva VAS. Contribuições da meditação para a qualidade de vida de adolescentes. *Cad Naturol Terap Complem*. 2016; 5(8):29-37.