Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

As práticas de mindfulness como agente redutor do traço neuroticismo de personalidade de insones adultos

Mindfulness practices as a reducing agent of the neuroticism personality trait in adult insomniacs

Las prácticas de mindfulness como agente reductor del rasgo de personalidad neuroticismo en adultos insomnes

Léia Teixeira Andrade[1], Katya Sibele Stubing[2], Dennys Lapenda Fagundes[1], Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa[1].

RESUMO

Objetivo: Investigar os efeitos das práticas de Mindfulness nos traços de personalidade de insones adultos, bem como em sintomas de insônia, depressão, ansiedade, estresse e regulação emocional. **Métodos:** Estudo experimental do tipo antes e depois com 12 participantes (66,7% mulheres), de 18 a 60 anos (média de 44 anos), residentes no Brasil. Os participantes realizaram o Treino de Oito Semanas de Mindfulness (T8SM) remotamente. Foram coletados dados pré e pós-intervenção por meio do Índice de Gravidade de Insônia (IGI), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ), Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO-PI-R) e o Questionário On-line de Regulação Emocional (QoRE – Bolie). **Resultados:** Houve diminuição significativa da insônia, depressão, ansiedade e estresse, aumento da regulação emocional e da capacidade de mindfulness, além de redução significativa do traço de personalidade neuroticismo. **Conclusão:** As práticas de Mindfulness mostraram-se eficazes na melhora dos sintomas de insônia e saúde mental, promovendo mudanças positivas nos traços de personalidade e habilidades de regulação emocional.

Palavras-chave: Insônia, Personalidade, Mindfulness.

ABSTRACT

Objectve: To investigate the effects of Mindfulness practices on personality traits in adults with insomnia, as well as on symptoms of insomnia, depression, anxiety, stress, and emotional regulation. **Methods:** A pre-and-post experimental study with 12 participants (66.7% women) aged 18 to 60 years (mean age 44), residing in Brazil. Participants completed the Eight-Week Mindfulness Training (T8SM) remotely. Data were collected before and after the intervention using the Insomnia Severity Index (ISI), Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R), and the Online Emotional Regulation Questionnaire (QoRE – Bolie). **Results:** There was a significant decrease in insomnia, depression, anxiety, and stress, an increase in emotional regulation and mindfulness capacity, and a significant reduction in the neuroticism personality trait. **Conclusion:** Mindfulness practices proved effective in improving insomnia symptoms and mental health, promoting positive changes in personality traits and emotional regulation skills

Keywords: Insomnia, Personality, Mindfulness.

RESUMEN

Objetivo: Investigar los efectos de las prácticas de Mindfulness en los rasgos de personalidad de adultos con insomnio, así como en los síntomas de insomnio, depresión, ansiedad, estrés y regulación emocional. **Métodos:** Estudio experimental tipo antes y después con 12 participantes (66,7% mujeres) de 18 a 60 años (edad media de 44 años), residentes en Brasil. Los participantes realizaron el Entrenamiento de Mindfulness

[1] Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.
[2] Instituto de Psiquiatria da Universidade de Medicina de São Paulo (IPqUSP), São Paulo - SP.

SUBMETIDO EM: 1/2025 | **ACEITO EM: 2/2025** | **PUBLICADO EM: 3/2025**

de Ocho Semanas (T8SM) de manera remota. Los datos se recolectaron antes y después de la intervención mediante el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), el Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ), el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) y el Cuestionario en Línea de Regulación Emocional (QoRE – Bolie). **Resultados:** Se observó una disminución significativa del insomnio, la depresión, la ansiedad y el estrés, un aumento en la regulación emocional y la capacidad de mindfulness, y una reducción significativa del rasgo de personalidad neuroticismo. **Conclusión:** Las prácticas de Mindfulness demostraron ser eficaces para mejorar los síntomas de insomnio y la salud mental, promoviendo cambios positivos en los rasgos de personalidad y las habilidades de regulación emocional.

Palabras clave: Insomnio, Personalidad, Mindfulness.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou em 2019 que 40% dos brasileiros e 45% da população mundial sofrem de insônia. Essa condição foi agravada durante a pandemia de COVID-19, devido aos impactos da doença, ao estresse e às mudanças na rotina. A insônia tornou-se um dos sintomas da "COVID longa", manifestando-se de forma recorrente ou persistente após a fase aguda da infecção (VILAÇA MV, 2022). Entre os distúrbios do sono, a insônia é a mais prevalente, com maior incidência em mulheres, embora sua propensão aumente em ambos os sexos com o avanço da idade, principalmente devido ao surgimento de comorbidades associadas ao sono (KRYGER MH, et al., 2015). Segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios de Sono (ICSD-3), a insônia é definida como dificuldade persistente para iniciar, manter ou consolidar o sono, resultando em prejuízos diurnos, mesmo quando existem condições adequadas para dormir (AASM, 2014).

Ela pode ser psicofisiológica (causada por aprendizados ou hábitos desadaptativos), idiopática (sem causa aparente) ou paradoxal (queixa de insônia sem evidências objetivas) (AVIDAN AY e NEUBAUER DN, 2017; DSM-V, 2014). Quanto à duração, a insônia pode ser aguda, episódica ou crônica, dependendo do tempo de persistência dos sintomas (ALMONDES KM e JUNIOR RLP, 2016). O modelo teórico mais utilizado para explicar a insônia é o Modelo 3Ps de Spielman, que identifica fatores predisponentes (como genética, traços de personalidade e características neuroquímicas), precipitantes (eventos estressores) e perpetuantes (hábitos ou pensamentos inadequados sobre o sono) como elementos centrais para o surgimento e manutenção da condição (MARGIS R, 2015).

Traços de personalidade específicos também estão associados à insônia. Estudos indicam que insones apresentam níveis elevados de neuroticismo, tendência à hiperexcitação e maior predisposição a emoções negativas e ruminativas. Entre os fatores predisponentes, destaca-se o neuroticismo, um traço de personalidade que reflete uma predisposição a experiências emocionais negativas, como ansiedade, depressão e raiva. Indivíduos com altos níveis de neuroticismo tendem a reagir mais intensamente a eventos estressantes, manifestando maior sensibilidade emocional e dificuldades de regulação (DEKKER K, et al., 2017; VAN SOMEREN EJW, 2021). Essas características são consideradas tanto fatores predisponentes quanto perpetuantes da insônia (MARQUES DR, 2016; ROJO-WISSAR DM, et al., 2021).

Nesse contexto, práticas de Mindfulness têm emergido como uma intervenção promissora. Definida como "prestar atenção, intencionalmente, no momento presente e sem julgamentos" (BARROS VV, et al., 2022), essa prática metacognitiva ajuda a regular emoções, reduzir pensamentos ruminativos e melhorar o sono. Estudos sugerem que intervenções baseadas em Mindfulness são eficazes na redução de insônia, ansiedade, depressão e estresse, além de promoverem mudanças nos traços de personalidade e na capacidade de regulação emocional (PALAGINI L, et al., 2017; CARDOSO R, et al., 2004). Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo investigar os efeitos das práticas de Mindfulness nos traços de personalidade de insones adultos, bem como em sintomas de insônia, depressão, ansiedade, estresse e regulação emocional.

MÉTODOS

Este estudo do tipo antes e depois teve como objetivo investigar os efeitos do treinamento em mindfulness nos aspectos de personalidade de adultos diagnosticados com insônia. A amostra foi selecionada

aleatoriamente e composta por participantes de todo o território nacional brasileiro. O estudo foi realizado remotamente, considerando a viabilidade do acesso às tecnologias pelos participantes. As etapas do estudo ocorreram entre janeiro e março de 2024, abrangendo um período piloto e a implementação de uma nova intervenção, conforme cálculo amostral previamente definido. As intervenções foram realizadas ao longo de 10 semanas, sendo 8 semanas consecutivas dedicadas ao Treinamento de Oito Semanas de Mindfulness (T8SM) e 2 semanas destinadas às avaliações: uma pré-intervenção e outra pós-intervenção.

O T8SM incluiu práticas específicas de meditação mindfulness com foco em atenção, metacognição, auto-observação e cultivo de emoções de bem-estar, seguindo protocolos de ensaios clínicos já validados cientificamente (HINTSANEN M, et al., 2014). A população-alvo consistiu em indivíduos com diagnóstico de insônia, conforme os critérios do ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders), com idades entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, brasileiros e residentes no país. Dos 135 interessados, 116 apresentavam insônia, dos quais 39 foram confirmados. Desses, 12 participantes completaram todas as fases do estudo, atendendo aos critérios do cálculo amostral (HINTSANEN M, et al., 2014; MICIC G, et al., 2015).

Os instrumentos utilizados foram aplicados e respondidos remotamente, incluindo uma lista de checagem para critérios de inclusão e exclusão, questionário sociodemográfico, Índice de Gravidade de Insônia (IGI), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness - Versão Brasileira (FFMQ-BR), Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO-FFI-R) e o Questionário Online de Regulação Emocional (QoRE – Bateria BOLIE). Entre esses, o NEO-FFI-R e o QoRE são de uso restrito a psicólogos, em conformidade com a Resolução nº 09/2018 do Conselho Federal de Psicologia. Para a análise de dados, foi criado um banco no software Microsoft Excel, posteriormente exportado para o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 18.

A análise descritiva incluiu frequências percentuais e distribuições de frequência. Comparações entre as variáveis categóricas foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado ou, quando necessário, do teste Exato de Fisher. A comparação dos escores dos instrumentos IGI, DASS-21 e FFMQ entre os momentos pré e pós-intervenção foi realizada utilizando tabelas de contingência e o teste Qui-quadrado para homogeneidade. As médias dos escores do QoRE – BOLIE e do NEO-FFI-R foram comparadas pelo teste t de Student para amostras pareadas, após confirmação da normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. As correlações entre os domínios do QoRE e do NEO-FFI-R foram analisadas pelo teste de Spearman, com nível de significância estabelecido em 5%.

O estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde com parecer de aprovação de número 6.501.671 (CAAE: 74531423.5.0000.5569). Os participantes foram informados sobre todos os aspectos da pesquisa, incluindo objetivos, métodos, possíveis benefícios, riscos e garantia de anonimato e sigilo. Os termos de anuência institucional e de consentimento livre e esclarecido foram devidamente assinados.

Os benefícios da pesquisa incluíram a promoção de habilidades metacognitivas associadas à redução da insônia e da desregulação emocional, além de melhorias no foco atencional e bem-estar geral. Em caso de desconforto ou constrangimento, foram previstas medidas de suporte e resolução, de acordo com as diretrizes éticas. Critérios para a suspensão do estudo ou exclusão de participantes incluíram desistência voluntária ou incompatibilidades identificadas durante a pesquisa, como a descoberta de uma gravidez. Todas as decisões levaram em conta o bem-estar dos participantes e a integridade dos resultados do estudo.

RESULTADOS

A amostra de participantes (n = 12) foi composta em sua maioria por mulheres (66,7%), com idades entre 34 e 45 anos (58,3%), sendo a média de idade de 44 anos (±7 anos). A maior parte dos participantes era casada (58,3%), não tinha filhos (75,0%) e possuía pós-graduação (66,7%). A renda média foi de R$13.012,67 (R$9.532,28), com metade dos participantes recebendo até 6 salários-mínimos e metade recebendo mais de 6 salários-mínimos (**Tabela 1**). Em relação ao perfil clínico, 50,0% dos participantes realizavam acompanhamento psicoterápico, sendo insônia e ansiedade o motivo mais relatado (33,4%), seguidos de

depressão (22,2%) e outros diagnósticos individuais (11,1% cada). A maioria (75,0%) fazia uso de medicação para aspectos emocionais, com venlafaxina (15,3%) sendo o fármaco mais comum, seguido por diversas outras medicações utilizadas por uma proporção igual de participantes (7,7% cada). Além disso, 58,3% dos participantes não consultaram profissionais especializados em sono, 66,7% não realizavam tratamento para condições médicas, mas 58,3% utilizavam medicação para alguma condição de saúde. Nenhuma dessas características apresentou diferença estatisticamente significativa nos testes de comparação de proporções ($p > 0,05$) (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e clínico dos particpantes do estudo (n = 12).

Fator avaliado	N	%	p-valor
Sexo			
Masculino	4	33,3	0,248[1]
Feminino	8	66,7	
Faixa etária			
34 a 45 anos	7	58,3	0,564[1]
46 a 59 anos	5	41,7	
Mínimo-máximo	34-59	-	
Média±DP	44±7		
Situação conjugal			
Solteiro	5	41,7	0,564[1]
Casado	7	58,3	
Tem filhos			
Com filhos	3	25,0	0,083[1]
Sem filhos	9	75,0	
Escolaridade			
Superior	4	33,3	0,248[1]
Pós-graduação	8	66,7	
Renda(R$)			
Até 6 SM	6	50,0	1,000[1]
Mais de 6 SM	6	50,0	
Mínimo	R$1.700,00	-	
Máximo	R$35.000,00		
Média	R$13.012,67		
Desvio padrão	R$9.532,28		
Faz acompanhamento psicoterápico			
Não	6	50,0	1,000[1]
Sim	6	50,0	
Qual o motivo do acompanhamento psiquiátrico			
Insônia e ansiedade	3	33,4	-
Depressão	2	22,2	

Fator avaliado	N	%	p-valor
Síndrome do pânico	1	11,1	
Fibromialgia	1	11,1	
Insônia	1	11,1	
TDPM e insônia	1	11,1	
Você usa alguma medicação para aspectos emocionais			
Não	3	25,0	0,083[1]
Sim	9	75,0	
Quais as medicações			
Venlafaxina	2	15,3	-
Alprazolam	1	7,7	
Amitriptilina	1	7,7	
Dinares 50mg	1	7,7	
Melatonina com tripitofano	1	7,7	
Fluoxetina	1	7,7	
Lexapro	1	7,7	
Pondera	1	7,7	
Sertralina	1	7,7	
Trazodona	1	7,7	
Zolpaz	1	7,7	
Zolpidem	1	7,7	
Consulta a profissional do sono			
Não	7	58,3	0,564[1]
Sim	5	41,7	
Tratamento para condição médica			
Não	8	66,7	0,248[1]
Sim	4	33,3	
Usa medicação atualmente para alguma condição de saúde			
Não	5	41,7	0,564[1]
Sim	7	58,3	

Nota: [1]Teste Qui-quadrado para comparação de proporção. **TDPM:** Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; **SM:** Salários-mínimos.
Fonte: Andrade LT, et al., 2025.

A análise da classificação do IGI e dos domínios do DASS-21 entre os momentos pré e pós-intervenção não revelou mudanças estatisticamente significativas (p > 0,05) (Tabela 3). No entanto, foi observada uma tendência de melhora em alguns aspectos. No IGI, houve um aumento na proporção de participantes classificados como sem insônia (de 0,0% para 25,0%) e uma redução na classificação grave (de 25,0% para 8,4%). Nos domínios do DASS-21, destacaram-se aumentos na proporção de participantes classificados como normais em depressão (de 58,3% para 75,0%), ansiedade (de 50,0% para 66,7%) e estresse (de 41,7% para 66,7%). Apesar da ausência de significância estatística, os resultados sugerem uma possível melhora nos níveis de insônia e sintomas emocionais após a intervenção.

Tabela 2- Distribuição da classificação do IGI e dos domínios do DASS-21, segundo o momento de avaliação.

Fatores avaliados	Momento de avaliação				p-valor
	Pré-intervenção		Pós-intervenção		
	n	%	n	%	
Fator avaliado da classificação IGI					
Sem insônia (0-7)	0	0,0	3	25,0	0,335[1]
Leve (8-14)	4	33,3	4	33,3	
Moderada (15-21)	5	41,7	4	33,3	
Grave (22-28)	3	25,0	1	8,4	
Fator avaliado dos domínios do DASS-21					
Depressão					
Normal (0-4)	7	58,3	9	75,0	0,155[1]
Leve (5-6	2	16,7	1	8,3	
Moderado (7-10)	-		2	16,7	
Severo (11-13)			-		
Extremamente severo (14+)	3	25,0			
Ansiedade					
Normal (0-3)	6	50,0	8	66,7	0,438[1]
Leve (4-5)	1	8,3	2	16,7	
Moderado (6-7)	2	16,7	2	16,7	
Severo (8-9)	-				
Extremamente severo (10+)	3	25,0	-		
Estresse					
Normal (0-7)	5	41,7	8	66,7	0,524[1]
Leve (8-9)	1	8,3	2	16,7	
Moderado (10-12)	3	25,0	2	16,7	
Severo (13-16)	2	16,7	-		
Extremamente severo (17+)	1	8,3			

Nota: [1]Teste Exato de Fisher.
Fonte: Andrade LT, et al., 2025.

A análise da distribuição dos domínios do FFMQ entre os momentos pré e pós-intervenção mostrou mudanças nas proporções de participantes em diferentes categorias, embora nenhuma dessas alterações tenha atingido significância estatística ($p > 0,05$).

Destacaram-se tendências de melhora em alguns domínios, como a redução de participantes abaixo da média em “Observar” (de 25,0% para 16,7%), “Descrever” (de 50,0% para 41,7%) e “Não julgar” (de 75,0% para 66,6%). Além disso, foi observado um aumento na proporção de participantes dentro da média em domínios como “Observar” (de 50,0% para 58,3%) e “Não reagir” (de 16,7% para 25,0%). Apesar da ausência de significância estatística, esses resultados sugerem tendências positivas nos níveis de mindfulness (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Distribuição da classificação dos domínios do FFMQ, segundo o momento de avaliação.

Fator avaliado	Momento de avaliação				p-valor
	Pré-intervenção		Pós-intervenção		
	n	%	n	%	
Observar					
Abaixo da média (<27)	3	25,0	2	16,7	1,000[1]
Dentro da média (27-32)	6	50,0	7	58,3	
Acima da média (>32)	3	25,0	3	25,0	
Descrever					
Abaixo da média (<30)	6	50,0	5	41,7	0,742[1]
Dentro da média (30-32)	2	16,7	1	8,3	
Acima da média (>32)	4	33,3	6	50,0	
Agir com atenção					
Abaixo da média (<26)	6	50,0	6	50,0	1,000[1]
Dentro da média (26-28)	0	0,0	1	8,3	
Acima da média (>28)	6	50,0	5	41,7	
Não julgar					
Abaixo da média (<29)	9	75,0	8	66,6	1,000[1]
Dentro da média (29-32)	1	8,3	2	16,7	
Acima da média (>32)	2	16,7	2	16,7	
Não reagir					
Abaixo da média (<22)	8	66,6	8	66,6	1,000[1]
Dentro da média (22-25)	2	16,7	3	25,0	
Acima da média (>25)	2	16,7	1	8,7	

Nota: [1]Teste Exato de Fisher.
Fonte: Andrade LT, et al., 2025.

A análise dos escores dos domínios do BOLIE QoRE demonstrou mudanças significativas em alguns aspectos da regulação emocional dos participantes entre os momentos pré e pós-intervenção (**Tabela 4**). O escore total de QoRE-T apresentou um aumento significativo, com a média passando de 98,58 (±9,45) no momento pré-intervenção para 106,00 (±11,64) no pós-intervenção (p = 0,028). Esse resultado sugere uma melhora geral na capacidade dos participantes de gerenciar emoções como resultado da intervenção.

No subdomínio de resiliência (QoRE-3), observou-se um aumento significativo nos escores médios, de 102,75 (±9,39) para 111,00 (±11,99) (p = 0,019), indicando um fortalecimento na habilidade dos participantes de se recuperar diante de adversidades emocionais. Essa melhora reflete uma das principais contribuições do mindfulness na promoção de competências emocionais mais robustas.

Embora o subdomínio de controle da sobrecarga emocional (QoRE-2) tenha apresentado um aumento nos escores médios, de 94,75 (±11,96) para 102,42 (±13,17), a mudança não atingiu significância estatística (p = 0,056). De forma similar, o subdomínio de controle da impulsividade e irritabilidade (QoRE-1) também apresentou uma tendência de aumento, com os escores passando de 99,33 (±9,96) para 104,08 (±11,66), mas sem significância estatística (p = 0,190) (**Tabela 4**).

Tabela 4- Distribuição da classificação do nível dos domínios do BOLIE QoRE, segundo o momento de avaliação.

Domínios do BOLIE QoRE	Momento de avaliação		p-valor[1]
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Regulação Emocional total (QoRE-T)	98,58±9,45	106,00±11,64	0,028
Controle da Impulsividade e irritabilidade (QoRE-1)	99,33±9,96	104,08±11,66	0,190
Controle da Sobrecarga emocional (QoRE-2)	94,75±11,96	102,42±13,17	0,056
Resiliência (QoRE-3)	102,75±9,39	111,00±11,99	0,019

Nota: [1]Teste t de Student para amostras pareadas.
Fonte: Andrade LT, et al., 2025.

A análise dos escores dos domínios do NEO-PI-R revelou mudanças significativas em alguns aspectos de personalidade entre os momentos pré e pós-intervenção. O domínio neuroticismo apresentou uma redução significativa, com a média do escore diminuindo de 66,67 (±7,89) no momento pré-intervenção para 61,58 (±7,05) no pós-intervenção (p = 0,006). Entre os subdomínios do neuroticismo, as reduções mais notáveis ocorreram nos escores de ansiedade (p = 0,010), depressão (p = 0,019), embaraço (p = 0,033) e vulnerabilidade (p = 0,013), evidenciando um impacto positivo da intervenção sobre traços emocionais associados à instabilidade emocional (**Tabela 5**).

Em contrapartida, outros domínios do NEO-PI-R, como extroversão, abertura, amabilidade e conscienciosidade, não apresentaram mudanças estatisticamente significativas. No entanto, é importante destacar que o subdomínio confiança, pertencente ao domínio amabilidade, apresentou um aumento significativo nos escores, de 42,92 (±10,83) para 47,75 (±11,97) (p = 0,002), sugerindo um fortalecimento de traços relacionados à confiança interpessoal como resultado da intervenção.

Os demais domínios e subdomínios, embora tenham exibido variações nos escores médios entre os momentos de avaliação, não demonstraram significância estatística (p > 0,05) (**Tabela 5**). Esses resultados indicam que a intervenção impactou particularmente os traços de neuroticismo e confiança, enquanto outras dimensões de personalidade permaneceram relativamente estáveis no período avaliado.

Tabela 5 - Distribuição da classificação do nível dos domínios do NEO-PI-R, segundo o momento de avaliação.

Domínios do NEO-PI-R	Momento de avaliação		p-valor[1]
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Neuroticismo	66,67±7,89	61,58±7,05	0,006[1]
Ansiedade	71,25±7,26	66,50±8,54	0,010[1]
Raiva	65,75±6,21	63,83±9,82	0,349[1]
Depressão	66,00±9,16	60,75±7,30	0,019[1]
Embaraço	60,83±12,01	55,33±9,43	0,033
Impulsividade	57,08±8,60	54,58±7,14	0,200
Vulnerabilidade	64,00±11,52	59,00±9,57	0,013
Extroversão	39,50±11,25	42,00±12,04	0,234
Acolhimento	50,58±10,11	52,08±9,60	0,485
Gregarismo	42,25±10,07	45,08±11,76	0,140
Assertividade	42,50±12,16	43,17±13,93	0,599
Atividade	39,50±17,76	41,00±16,84	0,441

Domínios do NEO-PI-R	Momento de avaliação		p-valor[1]
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Busca de sensações	43,83±14,71	42,50±10,79	0,448
Emoções positivas	37,42±13,77	41,83±11,32	0,272
Abertura	54,92±10,49	56,08±8,71	0,578
Fantasia	55,75±14,28	55,58±10,64	0,950
Estética	53,42±10,43	55,25±11,06	0,515
Sentimentos	58,67±8,38	58,67±8,84	1,000
Ações variadas	45,42±9,00	48,75±9,84	0,146
Ideias	52,33±14,93	54,33±9,98	0,400
Valores	53,00±12,31	50,42±15,35	0,322
Amabilidade	47,75±11,62	47,58±11,63	0,938
Confiança	42,92±10,83	47,75±11,97	0,002
Franqueza	49,67±9,48	51,00±12,41	0,651
Altruísmo	52,00±9,14	50,92±7,73	0,593
Complacência	34,17±12,47	36,00±12,41	0,181
Modestia	49,67±11,05	46,75±12,08	0,137
Sensibilidade	50,92±12,54	51,17±11,97	0,905
Conscienciosidade	42,67±12,29	40,83±12,23	0,183
Competência	47,50±13,37	46,17±13,00	0,439
Ordem	46,67±14,85	44,25±14,05	0,400
Senso de dever	49,25±10,32	45,25±12,63	0,170
Esforço por realizações	41,92±14,51	39,25±15,64	0,206
Autodisciplina	35,83±12,13	37,50±12,99	0,216
Ponderação	46,92±11,83	45,92±10,76	0,697

Nota: [1]Teste t de Student para amostras pareadas.
Fonte: Andrade LT, et al., 2025.

No contexto do estudo, a análise de correlação de Spearman entre os escores do domínio total de regulações emocionais (QoRE-T) e os domínios do NEO PI-R revelou associações relevantes em ambos os momentos de avaliação. No momento pré-intervenção, observou-se uma correlação negativa significativa entre o QoRE-T e o domínio de neuroticismo (ρ = -0,738, p = 0,006), indicando que maiores capacidades de regulação emocional estavam associadas a menores níveis de neuroticismo. Adicionalmente, o domínio de resiliência (QoRE-3) apresentou uma correlação negativa ainda mais forte com o neuroticismo (ρ = -0,853, p < 0,001) e uma correlação positiva com a conscienciosidade (ρ = 0,587, p = 0,045).

Para os demais domínios do NEO PI-R, não foram identificadas correlações significativas no momento inicial da intervenção (**Tabela 6**). No momento pós-intervenção, a associação entre o QoRE-T e o neuroticismo manteve-se negativa, mas sem significância estatística (ρ = -0,560, p = 0,058). Contudo, o QoRE-T mostrou uma correlação positiva significativa com a amabilidade (ρ = 0,614, p = 0,034). Ademais, o domínio de controle da sobrecarga emocional (QoRE-2) apresentou uma correlação negativa significativa com o neuroticismo (ρ = -0,690, p = 0,013). No caso da resiliência (QoRE-3), foi observada uma correlação positiva marginalmente significativa com a amabilidade (ρ = 0,569, p = 0,053) e significativa com a conscienciosidade (ρ = 0,244, p = 0,045). Observou-se uma redução significativa na associação negativa

entre regulação emocional e neuroticismo, especialmente em subdomínios como controle da sobrecarga emocional, sugerindo uma melhora na capacidade dos participantes de lidar com emoções negativas. Além disso, a intervenção parece ter promovido um fortalecimento de traços de personalidade positivos, como amabilidade e conscienciosidade, que estão associados a uma maior resiliência emocional.

Tabela 6 - Análise de correlação de spearman do escore QoRE-T e do escore NEO PI-R, segundo o momento de avaliação.

Momento/ Domínios do BOLIE Q0RE-T	**Domínios do NEO-PI-R**				
	Neuroticismo	**Extroversão**	**Abertura**	**Amabilidade**	**Conscienciosidade**
Pré-intervenção					
Regulação emocional total (QoRE-T) (p-valor)	ρ = -0,738 (p = 0,006)	ρ = -0,047 (p = 0,884)	ρ = -0,226 (p = 0,479)	ρ = -0,007 (p = 0,983)	ρ = 0,291 (p = 0,358)
Controle da impulsividade e irritabilidade (QoRE-1) (p-valor)	ρ = -0,177 (p = 0,581)	ρ = -0,595 (p = 0,041)	ρ = 0,019 (p=0,952)	ρ = -0,207 (p = 0,518)	ρ = -0,225 (p = 0,482)
Controle da sobrecarga emocional (QoRE-2) (p-valor)	ρ = -0,617 (p = 0,033)	ρ = 0,096 (p = 0,768)	ρ = -0,133 (p = 0,681)	ρ = -0,078 (p = 0,810)	ρ = 0,170 (p = 0,598)
Resiliência (QoRE-3) (p-valor)	ρ =-0,853 (p < 0,001)	ρ = 0,154 (p = 0,632)	ρ = -0,363 (p = 0,245)	ρ = 0,115 (p = 0,721)	ρ = 0,587 (p = 0,045)
Pós-intervenção					
Regulação emocional total (QoRE-T) (p-valor)	ρ = -0,560 (p = 0,058)	ρ = 0,436 (p = 0,157)	ρ = 0,096 (p = 0,768)	ρ = 0,614 (p = 0,034)	ρ = 0,148 (p = 0,647)
Controle da impulsividade e irritabilidade (QoRE-1) (p-valor)	ρ = -0,466 (p = 0,126)	ρ = 0,131 (p = 0,686)	ρ = 0,202 (p = 0,528)	ρ = 0,589 (p = 0,044)	ρ = 0,095 (p = 0,768)
Controle da sobrecarga emocional (QoRE-2) (p-valor)	ρ = -0,690 (p = 0,013)	ρ = 0,480 (p = 0,114)	ρ = 0,159 (p = 0,622)	ρ = 0,500 (p = 0,098)	ρ = 0,290 (p = 0,360)
Resiliência (QoRE-3) (p-valor)	ρ = -0,442 (p = 0,150)	ρ = 0,438 (p = 0,154)	ρ = 0,125 (p = 0,700)	ρ = 0,569 (p = 0,053)	ρ = 0,244 (p = 0,045)

Nota: [1]Teste de correlação de Spearman. **Fonte:** Andrade LT, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo corroboram evidências anteriores que destacam a eficácia das práticas de mindfulness na redução de sintomas de insônia e melhora de traços de personalidade e aspectos emocionais. Embora o perfil sociodemográfico dos participantes tenha sido predominantemente composto por mulheres, estudos prévios sugerem que o gênero feminino apresenta maior prevalência de insônia, uma condição potencialmente influenciada por fatores biológicos e sociais (KRYGER MH et al., 2015; PERINI F, et al., 2021). Este perfil também incluiu indivíduos altamente escolarizados e com altos níveis de uso de medicações relacionadas à saúde mental, o que reflete a complexidade das condições avaliadas neste estudo. A redução da insônia observada no presente estudo reflete os resultados de outros estudos que documentaram os benefícios do mindfulness, particularmente em pacientes que não respondem bem a tratamentos farmacológicos ou cognitivo-comportamentais padrão. Kalmbach DA, et al. (2023) sugerem que intervenções

baseadas em mindfulness não apenas aliviam sintomas de insônia, mas também promovem melhorias duradouras em saúde mental e emocional, reforçando a viabilidade dessas intervenções como estratégias de longo prazo. Black DS, et al. (2015) também demonstraram que práticas como a meditação mindfulness melhoram significativamente a qualidade do sono e reduzem impactos diurnos relacionados a distúrbios do sono em adultos mais velhos com distúrbios moderados, com benefícios que se estendem para sintomas de insônia, depressão e fadiga.

A intervenção mindfulness apresentou um efeito superior ao de um programa estruturado de higiene do sono, com um tamanho de efeito de 0,89 para a qualidade do sono. Adicionalmente, Palmer R, et al. (2023) investigaram a relação entre o "tempo de dose" da meditação mindfulness e seus efeitos em traços como estado de mindfulness e ansiedade.

O estudo indicou que tanto sessões de 10 quanto de 20 minutos produzem benefícios comparáveis, particularmente em participantes com níveis mais baixos de mindfulness inicial. Esses achados sugerem que mesmo sessões curtas podem ser eficazes e viáveis em diferentes contextos, contribuindo para uma aplicação mais ampla de intervenções de mindfulness.

O impacto positivo do mindfulness na regulação emocional e em traços de personalidade, especialmente na redução do neuroticismo, é consistente com estudos que exploram a relação entre essa intervenção e mudanças em traços de personalidade. Spinhoven P, et al. (2017) destacam que melhorias nas habilidades de mindfulness, como agir com consciência, estão associadas a reduções significativas no neuroticismo, um fator que contribui para a manutenção de estados emocionais negativos. Este estudo confirma essas associações ao demonstrar que o treinamento de mindfulness resultou em um aumento significativo na regulação emocional total (QoRE-T) e na resiliência (QoRE-3). Armstrong L e Rimes KA (2016) complementam ao demonstrar que a MBCT, adaptada para abordar processos específicos do neuroticismo, reduz significativamente a ruminação, aumenta a autocompaixão e promove a descentralização.

Este último processo, que permite aos indivíduos observar pensamentos e sentimentos como eventos mentais transitórios, pode ajudar a reduzir a reatividade emocional prejudicial e a ruminação, características frequentemente observadas em indivíduos com altos níveis de neuroticismo. Além disso, a interação entre mindfulness e neuroticismo merece destaque (VAN DE LAAR M, et al., 2010). Elliot AJ, et al. (2018) identificaram que o mindfulness pode ser particularmente protetor contra sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos com altos níveis de neuroticismo, dado seu papel na atenuação de processos cognitivo-afetivos prejudiciais, como ruminação e reatividade emocional excessiva.

Nossos achados reforçam essa perspectiva, mostrando que a redução do neuroticismo está diretamente ligada à melhora em facetas como ansiedade, depressão e vulnerabilidade. Além disso, o aumento significativo na confiança sugere um impacto positivo da intervenção em aspectos interpessoais. A análise dos domínios do FFMQ indicou tendências de melhora em fatores como observar, descrever e não julgar, embora as alterações não tenham sido significativas. Esses resultados reforçam a necessidade de estudos futuros com amostras maiores para avaliar plenamente os efeitos do mindfulness nesses aspectos específicos. Este estudo apresenta algumas limitações, incluindo o tamanho reduzido da amostra e a ausência de um grupo controle, o que pode ter limitado a capacidade de detectar alterações significativas em alguns domínios.

No entanto, para mitigar esses fatores, foram utilizados instrumentos validados para avaliação dos desfechos e análises estatísticas apropriadas para amostras reduzidas. Além disso, a uniformidade no protocolo de intervenção e a realização de avaliações pareadas contribuíram para aumentar a confiabilidade dos resultados obtidos. Por fim, a convergência de evidências de diferentes estudos destaca o potencial do mindfulness como intervenção transdiagnóstica, capaz de abordar fatores psicológicos subjacentes a várias condições de saúde mental (PALAGINI L, et al., 2017; CARDOSO R, et al., 2004). Essa abordagem integrada sugere novas possibilidades de aplicação em contextos clínicos e comunitários, ampliando o impacto positivo dessas práticas na saúde geral dos indivíduos. A expansão de investigações sobre a dose-resposta e moderações individuais no mindfulness, como as realizadas por Palmer R, et al. (2023), poderia refinar ainda mais as intervenções baseadas nessa prática, otimizando sua eficácia e acessibilidade.

CONCLUSÃO

Sabe-se que o sono é necessário à vida e desempenha uma função restaurativa do organismo, bem como de conservação de energia e de sua proteção. Sua privação afeta diretamente no humor, o desempenho cognitivo e físico do ser humano, levando o indivíduo à prejuízos como sonolência diurna, rebaixamento no desempenho cognitivo e disfunções orgânicas que podem ocorrer em curto ou longo prazo, afetando diretamente as atividades diárias do sujeito, com malefícios sociais, somáticos, psicológicos e/ou cognitivos importantes. Alguns desafios foram encontrados no percurso deste estudo. A não disponibilidade de alguns participantes inscritos nos dias e horários fixos pré-agendados para as intervenções e a dificuldade ou o não acesso às vias tecnológicas utilizadas no estudo por parte das pessoas com baixo nível socioeconômico, limitações tais que reduziram amplamente o número da amostra do estudo. Mesmo considerando os desafios, o estudo apresenta resultados importantes como, por exemplo, a viabilidade da realização de intervenções para grupos com insônia via remota, o alcance destas pessoas de vários estados do país, o aumento da habilidade mindfulness e regulação emocional, a diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão, estresse e, do principal motivo deste estudo encontrado, a diminuição do nível do fator neuroticismo da personalidade em pessoas com insônia. Os dados verificados neste estudo contribuem para apoiar os benefícios das práticas de mindfulness nestes fatores citados anteriormente, além de, agora, sabermos que tais práticas têm efeito significativo na redução o neuroticismo, fator predisponentes e perpetuador da insônia. O tema ainda apresenta lacunas que podem ser melhor investigadas em outros estudos, principalmente que possam seguir longitudinalmente com as pessoas com insónia, buscando investigar outros preditores, além de intervenções que sejam efetivas e contribuam para melhorar a qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. AASM. AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. International Classification of Sleep Disorders. Darien IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014; 3.
2. ALMONDES KM e JUNIOR RLP. Terapia Cognitivo-Comportamental para os transtornos de sono. Curitiba: CRV, 2016.
3. ARMSTRONG L e RIMES KA. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. Behavior Therapy. 2016; 47(5): 510-520.
4. AVIDAN AY e NEUBAUER DN. Chronic Insomnia Disorder. Sleep Neurology, 2017; 23(4): 1064-1092.
5. BARROS VV, et al. Effects of Mindfulness-Based Relapse Prevention on the Chronic use of Hypnotics in Treatment-Seeking Women with Insomnia: a Randomized Controlled Trial. International Journal of Behavior Medicine, 2022; 29: 266-277.
6. BLACK DS, et al. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: A randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine. 2015; 175(4): 494-501.
7. CARDOSO R e SOUZA E, et al. Meditation in Health: An Operational Definition. Brain Research Protocols, 2004; 14: 58-60.
8. DEKKER K, et al. Insomnia and personality - a network approach. Brain Sciences, 2017; 7(3): 28.
9. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais. Associação de Psiquiatria Americana. Porto Alegre: Artmed, 2014; 5.
10. ELLIOT AJ, et al. Neuroticism and emotional regulation: The protective role of mindfulness. Journal of Anxiety Disorders, 2018; 58: 33-39.
11. HINTSANEN M, et al. Five-factor personality traits and sleep: evidence from two population-based cohort studies. Health Psychology, 2014; 33(10): 1214.
12. KALMBACH DA, et al. Mindfulness-based interventions for insomnia: Efficacy and mechanisms. Sleep Medicine Reviews, 2023; 68, 101439.
13. KALMBACH DA, et al. Mindfulness-based therapy for insomnia alleviates insomnia, depression and cognitive arousal in treatment-resistant insomnia: A single-arm telemedicine trial. Frontiers of Sleep, 2023; 2: 1-15.
14. KRYGER MH e AVIDAN AY, et al. Atlas clínico de medicina do sono. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
15. LAAR MV e VERBEEK I, et al. The role of personality in insomnia. Sleep Medicine Reviews, 2010; 14: 61-68.

16. MARGIS R. Terapia Cognitivo-Comportamental na insônia. Revista Debates em Psiquiatria, 2015; 5(5): 22-27.
17. MARQUES DR. A hipótese da hiperativação na insónia psicofisiológica: Estudo de default-mode network e sua modificação após TCC. Tese (Doutorado). Aveiro: Universidade de Aveiro, 2016.
18. MICIC G, et al. Personality differences in delayed sleep-wake phase disorder and non-24-hour sleep-wake disorder patients relative to healthy sleepers. Sleep and Biological Rhythms, 2015; 13(1): 68.
19. PALAGINI L e MORETTO U, et al. Sleep-related cognitive processes, arousal, and emotion dysregulation in insomnia disorder: the role of insomnia-specific rumination.
20. PALMER R, et al. The effect of ten versus twenty minutes of mindfulness meditation on state mindfulness and affect. Scientific Reports. 2023; 13: 20646.
21. PERINI F, et al. Mindfulness-based therapy for insomnia for older adults with sleep difficulties: a randomized clinical trial. Psychol Med, 2021; 1-11.
22. ROJO-WISSAR DM, et al. Personality and insomnia symptoms in older adults: the Baltimore Longitudinal Study of Aging. Sleep Research Society, 2021; 44(9): 1-9.
23. SPINHOVEN P, et al. Mindfulness and personality change: A systematic review. Personality and Individual Differences, 2017; 106: 115-125.
24. VAN DE LAAR M, et al. The role of personality traits in insomnia. Sleep Medicine Reviews, 2010; 14(1): 61-68.
25. VAN SOMEREN EJW. Brain mechanisms of insomnia: new perspectives on causes and consequences. Physiological Reviews, 2021; 101(3): 995-1046.
26. VILAÇA MV. Evidências Científicas da Efetividade de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para manejo da Insônia. Dissertação (Mestrado). Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2022.