

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – PPGGERO

MARÍLIA GRACIELA DE ALMEIDA PRADO SANCHEZ

**INTERVENÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* PARA CUIDADORES DE IDOSOS
COM DEMÊNCIA**

SÃO CARLOS - SP

2019

MARÍLIA GRACIELA DE ALMEIDA PRADO SANCHEZ

**INTERVENÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* PARA CUIDADORES DE IDOSOS
COM DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Gerontologia.

Linha de pesquisa: - Saúde, Biologia e Envelhecimento

Orientadora: Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão

SÃO CARLOS - SP

2019

Almeida Prado Sanchez, Marília Graciela

INTERVENÇÃO BASEADA EM MINDFULNESS PARA
CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA / Marília Graciela Almeida
Prado Sanchez. -- 2019.

71 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São
Carlos, São Carlos

Orientador: Dra. Aline Cristina Martins Gratão

Banca examinadora: Dra. Fabiana de Souza Orlandi, Dra Bruna Moretti
Luchesi

Bibliografia

1. cuidador de idosos. 2. mindfulness. 3. envelhecimento. I. Orientador.
II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Romildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Marília Graciela de Almeida Prado Sanchez, realizada em 22/02/2019:

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao
UFSCar

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
UFSCar

Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi
UFMS

AGRADECIMENTOS

Ao lembrar a fala de Marcelo Camelo da Banda Los Hermanos “É preciso força para sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”.

Atualmente, vivo um momento que se assemelha a um sonho, mas foi preciso muita paciência, esforço, determinação e perseverança para chegar até aqui. Mesmo identificando que ainda não cheguei ao fim da estrada, pois ainda tem uma longa jornada pela frente, reconheço que não seria possível chegar até aqui sozinha.

Minha eterna gratidão a todos que colaboraram para que esta conquista pudesse ser real.

A Deus por dar-me proteção e iluminar meus caminhos.

À minha mãe por estar sempre presente em todos os momentos, incentivando-me e guiando-me para as melhores escolhas.

Ao meu pai, à minha avó, pela compreensão e carinho.

À minha doce irmã, Maria Clara, por tornar meus dias mais amorosos e mostrar que a beleza da vida está em pequenos detalhes.

Ao meu companheiro, Felipe, por caminhar ao meu lado, pela paciência e pelo carinho.

À Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão por orientar-me, compreender e acreditar que seria possível esta produção, e pela oportunidade de te conhecer.

À Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos, por acolher-me e permitir que eu tivesse uma experiência profissional tão encantadora, que foi a de acolher, avaliar e orientar cada cuidador participante desta pesquisa.

Aos cuidadores de idosos que me receberam em suas casas dispostos a colaborar com esta pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos por admitir-me no processo seletivo e contribuir com toda infraestrutura necessária para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos membros efetivos e suplentes da banca de avaliação da defesa desta dissertação, pelas enormes contribuições para o melhoramento da redação final.

A todas as pessoas que acreditaram em mim, na realização deste estudo e neste ciclo.

“Quantos anos eu tenho?”

Tenho a idade em que as coisas são vistas com mais calma, mas com o interesse de seguir crescendo.

Tenho os anos em que os sonhos começam a trocar carinhos com os dedos e as ilusões se transformam em esperança.

Tenho os anos em que o amor, às vezes, é uma chama louca, ansiosa para se consumir no fogo de uma paixão desejada. E em outras, uma corrente de paz, como um entardecer na praia.

Quantos anos eu tenho? Não preciso de números para marcar, pois meus anseios alcançados, as lágrimas que derramei pelo caminho, ao ver meus sonhos destruídos...

Valem muito mais que isso.

Não importa se faço vinte, quarenta ou sessenta!

O que importa é a idade que eu sinto.

Tenho os anos de que preciso para viver livre e sem medos.

Para seguir sem medo pelo caminho, pois levo comigo a experiência adquirida e a força de meus anseios.

Quantos anos tenho? Isso não importa a ninguém!

Tenho os anos necessários para perder o medo e fazer o que quero e sinto.”

(Mário Quintana)

SANCHEZ, M. G. A. P. **Intervenção baseada em *Mindfulness* para cuidadores de idosos com demência.** 2019 71f. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

RESUMO

Introdução: com o envelhecimento populacional, a demência tornou-se um dos problemas mais relevantes da atualidade, cujos impactos envolvem fatores biológicos, sociais e psicológicos, tanto para a pessoa acometida quanto para o cuidador familiar. E este é quem, geralmente, assume a responsabilidade do cuidado de forma despreparada, contribuindo para quadros depressivos, de ansiedade e de sobrecarga. As evidências científicas apontam que a Intervenção Baseada em *Mindfulness* (IBM) pode ser uma possibilidade para ajudar estas pessoas para a melhora da saúde mental e, conseqüentemente, o desempenho da atividade de cuidar. **Objetivos:** analisar os efeitos da IBM sobre sintomas depressivos, sintomas ansiosos e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência. **Método:** trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado. A amostra (n=29) foi composta por Grupo Intervenção baseada em *Mindfulness* (GIM) (n=11) e Grupo Controle ativo (GCa) (n=18). Todos os participantes, foram derivados de um ambulatório especializado. Foram avaliados antes e após a intervenção (IBM) com duração de oito encontros semanais, pelo Inventário de Sobrecarga de Zarit e Escala HAD (sintomas de ansiedade e depressão). Na análise dos dados foi utilizado o *Test t* de *student* para as amostras e independentes e pareadas. Todos os cuidados éticos foram respeitados **Resultados:** em ambos os grupos houve prevalência de participantes do sexo feminino, os quais residiam junto ao idoso, e com idade média de 51,6 anos para o GIM e 56,4 anos para o GCa. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controle e grupo de intervenção, quanto às características sociodemográficas. O GIM apresentou melhora na HAD (p= 0,048) enquanto para o GCa não foram encontradas diferenças significativas no nível médio das variáveis de desfecho. **Conclusão:** estes resultados destacam a importância da IBM para cuidadores de idosos com demência para amenizar sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Cuidadores. Demência. Estresse Psicológico. *Mindfulness*,

SANCHEZ, M. G. A. P. ***Mindfulness-based intervention for caregivers of elderly people with dementia***. 2019. 71f. Dissertation (Academic Masters) - Postgraduate Program in UFSCar - Federal University of São Carlos, São Carlos (SP), 2019.

ABSTRACT

Introduction: with demographic aging, dementia has become one of the most relevant problems today, whose impacts involve biological, social and psychological factors, both for the affected person and the family caregiver. And this is who, generally, takes responsibility for care in an unprepared manner, contributing to depressive, anxiety and overload. Scientific evidence suggests that *Mindfulness*-based intervention (MBI) may be a possibility to help these people to improve mental health and consequently the performance of caring activity. **Objectives:** to analyze the effects of MBI on depressive symptoms, anxious symptoms and burden of family caregivers of elderly people with dementia. **Method:** it is a randomized controlled trial. The sample (n = 29) was composed by *Mindfulness* Intervention Group (MIG) (n = 11) and Active Control Group (GCa) (n = 18). All elderly participants were referred from a specialized outpatient clinic of a Federal University in the interior of the state of São Paulo. They were evaluated before and after the intervention (MBI) with duration of eight meetings, during four months, by the Zarit Burden scales and HAD Scale (symptoms of anxiety and depression). In the analysis of the data was used Student's t test for samples and independent and paired. All ethical care was respected during the process of data collection, intervention and analysis. **Results:** In both groups there was a prevalence of female participants, who lived with the elderly, and with a mean age of 51.6 years for MIG and 56.4 years for MI. No statistically significant differences were identified between the control and intervention groups regarding sociodemographic characteristics. GIM presented improvement in HAD (p = 0.048) whereas for CGa, no significant differences were found in the mean level of the outcome variables. **Conclusion:** these results highlight the importance of the *Mindfulness*-based intervention for caregivers of elderly people with dementia to relieve symptoms of anxiety and depression.

Keywords: Caregivers; Dementia; Psychological stress; *Mindfulness*,

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação gráfica do diagrama e logística do estudo e operacionalização da coleta de dados e intervenção.....	27
Figura 2	Representação gráfica do fluxograma da alocação dos sujeitos do estudo.....	29
Figura 3	Descrição das atividades semanais para o Grupo Intervenção e Controle.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle (n= 18) e intervenção (n=11).....	33
Tabela 2	Comparação dos grupos pré e pós-intervenção (n=11) e grupo pré e pós-controle (n=18).....	34
Tabela 3	Comparação entre os grupos pré controle (n=18) e pré intervenção (n=11) e pós controle (n=18) e pós intervenção (n=11).....	35
Tabela 4	Descrição das pontuações na escala de HAD de cada participante no momento pré e pós-intervenção, segundo Índice de Mudança Confiável (IMC) e os parâmetros (n=11).....	35

LISTA DE SIGLAS

AVDS	Atividades da Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APA	American Psychiatric Association
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CID	Classificação Internacional de Doenças
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
GCa	Grupo Controle ativo
GIM	Grupo Intervenção <i>Mindfulness</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	Intervenção Baseada em <i>Mindfulness</i>
MBI	<i>Mindfulness-Based Intervention</i>
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USE	Unidade Saúde Escola
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DEMÊNCIA.....	14
1.2	ATENÇÃO PLENA (<i>MINDFULNESS</i>).....	18
2	JUSTIFICATIVA.....	23
3	OBJETIVO.....	24
4	MÉTODO.....	25
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	25
4.2	LOCAL E POPULAÇÃO.....	25
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	26
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.5	COLETA DE DADOS.....	30
4.6	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	31
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5	RESULTADOS.....	33
6	DISCUSSÃO.....	36
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DO GIM E GCA.....	36
6.2	EFEITOS DA INTERVENÇÃO BASEADA EM <i>MINDFULNESS</i>	40
6.3	LIMITAÇÕES.....	45
7	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	58
	APÊNDICE A - Instrumentos de pesquisa.....	58
	ANEXOS.....	64
	ANEXO A - Certificado de Apresentação do Projeto no II Workshop <i>Mindfulness and Nursing</i>	64
	ANEXO B - Certificado como ouvinte do Minicurso O Grupo Comunitário de Saúde Mental como Ferramenta de Cuidado, no II Workshop <i>Mindfulness and Nursing</i>	65
	ANEXO C - Certificado de Participação no Minicurso “Comendo com Atenção Plena: como cultivar uma relação de cura com o corpo e a comida”, no II Workshop <i>Mindfulness and Nursing</i>	66
	ANEXO D - Participação do Programa de 8 semanas de <i>Mindfulness</i>	67
	ANEXO E - Parecer Consubstanciado do CEP.....	68

1 INTRODUÇÃO

Uma vida mais longa é um benefício extraordinariamente valioso, permite a oportunidade de repensar não apenas no que a idade avançada propõe, mas também em todos os desdobramentos da história de vida. Contudo, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública atual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Atualmente, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores de Domicílios, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população brasileira mantém o movimento de envelhecimento dos últimos anos e aumentou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando 30,2 milhões em 2017. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (BRASIL, 2018).

O aumento na expectativa de vida, combinado às quedas acentuadas nas taxas de fertilidade provocam acelerado envelhecimento das populações em todo o mundo e, conseqüentemente, a prevalência de algumas doenças como osteoarticulares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, o Diabetes Mellitus (DM), doenças respiratórias crônicas, doença cerebrovascular e câncer. Dados nacionais mostram que 66,3% das doenças são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); 23,5% doenças infecciosas e 10,2% de causas externas (CAMPOLINA et al., 2013).

As DCNTs são as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, e dentre elas destaca-se a demência, por seu importante papel no surgimento e agravamento da perda da independência e da autonomia (POT; PETREA; BURA/ADI, 2015; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

No decorrer da história, no conjunto de DCNTs, foram identificados inúmeros casos de indivíduos com sinais de deterioração das funções cognitivas e comportamentais. Essas deteriorações foram denominadas *dementis*, do latim, que significava diminuição ou falta da mente, de onde se originou o termo demência. Hoje se compreende que a demência é uma síndrome clínica caracterizada pela deterioração dos domínios cognitivos, que desencadeiam alterações de comportamento e prejuízo funcional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Projeções para a população brasileira indicam um crescimento na taxa de prevalência de demência em idosos com 65 anos ou mais, de 7,6% para 7,9% entre

2010 e 2020, ou seja, 55.000 novos casos por ano. Esses dados revelam especial urgência no cuidado necessário às pessoas idosas com demência (BURLÁ et al., 2012).

Os fatores de risco para a demência são: idade avançada, normalmente acima dos 65 anos, apesar da demência poder ocorrer em pessoas mais novas; a aterosclerose, HAS, colesterol elevado, depressão, DM, tabagismo e o histórico familiar de demências; porém, muitas pessoas com relatos familiares positivos para demência não desenvolvam a doença, enquanto que outras pessoas sem histórico familiar, podem desenvolvê-la (PAULINO et al., 2016).

Apesar da demência ser mais comum nas pessoas idosas, não se pode considerar como uma parte comum ao processo de envelhecimento. Diversas pessoas com idades mais avançadas não apresentam sinais de demência. Entre as variadas etiologias da demência estão as doenças neurodegenerativas, doenças cardiovasculares, o uso de substâncias tóxicas como o álcool ou drogas, deficiências nutricionais, infecções, certos tipos de hidrocefalia, traumas cerebrais, agudos ou crônicos, entre outros. Incluem-se pelo menos 60 doenças, com a predominância da Doença de Alzheimer (DA) e da doença vascular cerebral (PAULINO et al., 2016).

A DA é responsável por aproximadamente 50-70% de todas as demências. É a patologia neurodegenerativa mais comumente associada à idade, com início insidioso e, normalmente, diagnosticada por meio de critérios clínicos diferenciais (ALBERT et al., 2011). É uma doença caracterizada inicialmente pela perda progressiva da memória recente, uma vez que, no início as lembranças remotas são preservadas, até que o indivíduo alcance estágios mais avançados da patologia. Clinicamente, são observadas outras peculiaridades da doença, como dificuldades de atenção, de fluência verbal, de fazer cálculos, dificuldades nas habilidades visoespaciais, e para a capacidade de usar ferramentas e objetos (ALBERT et al., 2011).

A primeira notificação de um caso da DA semelhante ao que é caracterizado atualmente foi realizada em 1906 por Alois Alzheimer. O caso descrito era de uma senhora de 51 anos, que apresentava delírios persecutórios e de ciúmes, alucinações auditivas que, rapidamente, progrediram aliados aos prejuízos de memória e desorientação. Na mesma época identificaram a presença de emaranhados neurofibrilares e placas senis por meio de uma avaliação neuropatológica, surgiu então a hipótese de que estas teriam uma relação de causalidade com prejuízos cognitivos e comportamentais (GOEDERT; SPILLANTINI, 2006; RAMIREZ; BERMUDEZ, 2012).

De acordo com a evolução da doença, os indivíduos apresentam o pensamento lento, a capacidade de atuação nas esferas econômica e social é prejudicada, e a

memória mostra-se deficiente. Os primeiros sintomas incluem distúrbios das funções da linguagem, apraxia e agnosias. Agitação e inquietação também são comuns. Sinais motores são raros no início, mas, posteriormente, podem alterar reflexos e marcha lenta, arrastando os pés. O quadro clínico nos estágios terminais é apresentado pela paralisação da atividade intelectual, no qual o paciente se encontra em estado vegetativo. Podem ocorrer fraqueza e contratura dos membros. O controle das funções vesicais e intestinais é perdido (FORLENZA et al., 2013).

Diante desses fatos, entende-se que o quadro de demência, seja ele associado à DA, a outros problemas, implica na possibilidade de dependência funcional no idoso, levando à dependência para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs). Estas tarefas, que aparentemente são simples, estruturam o cotidiano e oferecem suporte para a realização de outras mais complexas (TALMELLI et al., 2013).

A perda da independência, entendida como a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros, vem atrelada à perda da autonomia, principalmente, em idosos com demência, a qual é definida como “a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Mediante o prejuízo na vida do idoso com demência, com ênfase na perda da independência e autonomia, faz surgir o papel do cuidador para o auxílio das atividades da vida diária, e a necessidade de reportar sobre a entidade família, e todo o problema que a mesma enfrenta em sua estrutura, principalmente, em relação ao familiar que assume o papel de cuidador.

Além disso, pode-se afirmar que os impactos da demência na vida do idoso envolvem causas e consequências da ordem de fatores biológicos, sociais e psicológicos, bem como afetam a relação entre paciente e familiar (POT; PETREA; BUR/ADI, 2015; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

1.1 CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DEMÊNCIA

Segundo Hirata e Guimarães (2012) o cuidado envolve ação, sentimentos e atitude moral, o qual se concretiza por meio da ação de cuidar, favorecendo o bem-estar do outro. Trata-se de uma ação que possui direção concreta e determinada, bem como apresenta uma dimensão moral que objetiva aliviar, satisfazer, ajudar, confortar alguém, inspirado por interesse ou preocupação para com aquele que necessita de cuidado.

Nessa perspectiva da tarefa do cuidar, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o “cuidador” pode ser definido como aquele que é responsável por cuidar da pessoa idosa, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como, alimentação, higiene pessoal, oferecer a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou de outras/os requeridos no seu cotidiano (BRASIL, 2006).

Geralmente, quando se tem uma pessoa idosa com dependência funcional a incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma (GORDILHO et al., 2000). Nesse momento a família assume a tarefa de cuidar, pois não possui recursos financeiros para contratar um cuidador formal disponível por longo período de tempo (HEDLER et al., 2016).

Após a descoberta da demência, o cuidador enfrenta uma caminhada repleta de desafios que acompanham o desenvolvimento da doença do idoso. Vários sentimentos são vivenciados pela pessoa que escolheu ou foi escolhido para cuidar do doente, em sua maioria, esses sentimentos causam desconforto emocional, sobrecarga, tristeza e cansaço (GOMES et al., 2013).

O cuidador informal, é aquele que desempenha cuidado não profissional e seu papel sem receber nenhuma remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos (VIEIRA et al., 2010)

Em estudo realizado por Rego (2015) com 102 cuidadores de doentes com Alzheimer, foram identificados maiores níveis de sobrecarga em cuidadores mais velhos; do sexo feminino; menos escolarizados; filhas e cônjuges dos doentes, que não possuem ajuda de outra pessoa nos cuidados e idosos que apresentam maior dependência para realizar as (ABVDS). Isso sugere a necessidade de uma atenção minuciosa para esse grupo de cuidadores, especialmente os cuidadores mais velhos (e com menor escolaridade) com o propósito de contribuir para reduzir a sobrecarga.

Wachholz, Santos e Wolf (2013) relacionaram a sobrecarga às tarefas de cuidador como uma condição de risco vivenciada cotidianamente por diversos familiares que desempenham esse papel. Os dados deste estudo apresentam correlação estatisticamente significativa entre o grau de dependência funcional do idoso e o nível de sobrecarga percebida pelo cuidador familiar ($r=-0,281$, $p=0,013$); e entre o maior grau de incapacidade física e piores percepções de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, de relações sociais, bem como no índice geral de qualidade de vida (IGQV). Também encontraram importante associação entre o tempo dedicado à função de

cuidador e a percepção de qualidade de vida no domínio psicológico com a sobrecarga relacionada ao cuidado ($R^2=0,574$, $p<0,001$).

Fuhrmann et al. (2015) buscaram caracterizar os idosos dependentes e seus cuidadores familiares principais e verificar a associação entre a capacidade funcional dos idosos e a sobrecarga do cuidador. Um estudo transversal com 112 idosos/cuidadores vinculados a uma unidade básica de Porte Alegre (RS), apresentou um instrumento com variáveis socioeconômicas, relacionadas ao cuidado, escala de atividades físicas e instrumentais de vida diária (AFDs e AIVDs) e *Burden Interview* foram aplicados. Utilizaram o teste de Correlação de *Spearman*. Os resultados foram média de idade dos idosos de 81-41 anos, dos 112 idosos, 71,4% possuíam dependência grave. Dos cuidadores 75% eram mulheres; 61,6% filhos, com média de idade de 57-98 anos e de sobrecarga de 29-51 equivalente à sobrecarga moderada. Foi encontrada correlação significativa entre a capacidade funcional dos idosos e a sobrecarga do cuidador. Relacionando que, quanto maior a dependência, maior a sobrecarga do cuidador.

Ao reforçar a importância de compreender esse universo do cuidado, Bauab e Emmel (2014), com o objetivo de estudar a percepção que o cuidador de idosos em processo demencial tem do seu cotidiano, identificaram que os cuidadores informais são os principais responsáveis pelo cuidado e caracterizam-se por ter suas atividades cotidianas alteradas ou substituídas pela responsabilidade do cuidado.

No tocante à saúde mental do cuidador, Toscano, Cuadrado e Ruiz (2010) almejam identificar relações entre habilidades de cuidado (conhecimento, coragem e paciência), e depressão em cuidadores de pacientes com demência. Os dados revelaram que a depressão esteve mais presente em recém-cuidadores com menos anos de escolaridade.

Em suma, é possível compreender que praticar e manter o cuidado para com um familiar com doença crônica, progressiva e neurodegenerativa como a DA, demanda saúde física e mental do cuidador, uma vez que as necessidades por parte do idoso exigem um ritmo crescente de atenção e cuidado, concomitante à progressão dos estágios da doença (MANZINI; VALE, 2016).

Araújo, Oliveira e Pereira (2013) salientaram que o perfil prevalente dos cuidadores é caracterizado pelo sexo feminino, casadas e filhas dos idosos que não possuem renda para remuneração de um cuidador formal. As cuidadoras consideram o idoso com demência como “saudável”, identificando como principais dificuldades no exercício do cuidado: a falta de paciência e a falta de formação para exercer a função.

Vizzachi et al. (2015) destacaram as repercussões da demência na dinâmica familiar. Os autores apresentaram em seu estudo relatos dos familiares que descrevem a necessidade desse exercício do cuidado para com o familiar com demência, considerando o histórico de vida desse familiar que no passado contribuiu com a “educação”, que dispensou “paciência” e dedicou “amor” ao hoje familiar cuidador. Relataram que ser cuidador do familiar com demência é o único modo de retribuir os cuidados que lhes foram dedicados por parte do idoso no passado.

Há estudos de Garrido e Menezes (2004) cujo o objetivo foi de avaliar o impacto na vida do cuidador por meio da escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) e *Self Report Questionnaire-20* (SRQ-20)¹² para medir a presença de sintomas psiquiátricos comuns; como ansiedade, depressão e somatização nos cuidadores (quanto maior o escore, mais sintomas, variando de zero a 20), em cuidadores informais de pacientes com demência, em um serviço psicogeriátrico de São Paulo. Os resultados apresentaram alta média de impacto em cuidadores de idosos com demência que precisavam de atendimento psicogeriátrico. Nesse período já sugeriam que os profissionais de saúde necessitavam estar aptos para oferecer suporte adequado a esses cuidadores, com o foco de minimizar problemas tanto para os idosos, quanto para cuidadores.

De acordo com Paquete (2015), realizar uma abordagem biopsicossocial do idoso com demência é incluir o cuidador familiar, mas sem excluir o idoso. As políticas ou ações devem ser focadas na pessoa com demência como o centro da intervenção. Logo, tudo que faz parte de seu universo deve ser incluído também.

Nessa mesma perspectiva vários estudos mais recentes propõem um olhar mais sensível para o fenômeno da demência e incluindo o idoso e a assistência ao familiar como fundamentais (POT; PETREA; BURA/ADI, 2015; PAQUETE, 2015).

Outros estudos evidenciaram a importância da assistência ao cuidador, de dar apoio aos cuidadores familiares com informação, apoio social, com respostas de alívio e aconselhamento (PRINCE et al., 2015).

Paulino et al. (2016) salientaram que é de grande importância um melhor preparo dos profissionais para que possam enfrentar reações emocionais negativas de pacientes e familiares e, com isso, interferir orientando a reflexão e o planejamento da família, colocando a revelação diagnóstica como uma escolha, comparando as vantagens e desvantagens, considerando o contexto de relacionamento e as características dos pacientes. Sugerem também que o profissional apresente uma visão mais positiva sobre a doença e o tratamento, bem como demonstrar perspectivas e alternativas para o enfrentamento dos sintomas.

Ao ressaltar que os cuidadores informais precisam de atenção por parte do Estado e da sociedade, pois o contexto no qual estão incluídos é parte de um cenário complexo, uma vez que não há diretriz, lei ou regulamentação da política nacional de proteção aos idosos que oriente a atividade do cuidador familiar de pessoas idosas, ou seja, esse indivíduo fica sem suporte, sozinho e, geralmente, despreparado para realizar a tarefa de cuidador, embora existam ações focalizadas, não são suficientes para atender às demandas (HEDLER et al., 2016).

Araújo, Oliveira e Pereira (2013) e Wachholz, Santos e Wolf (2013) reforçaram a importância de conhecer o universo dos cuidadores, bem como o relacionamento deles com o idoso, para que a equipe da Estratégia de Saúde da Família possa traçar estratégias de saúde, de acordo com as necessidades e a acessibilidade dos indivíduos. Quando o idoso recebe as orientações médicas, são os cuidadores domiciliares que vão dar continuidade ao tratamento necessário para a convalescência do sujeito em seu domicílio.

Diante do impacto individual e coletivo da demência, pensar em práticas que visem um aumento ou manutenção dos sentimentos positivos e, concomitantemente, à diminuição do desconforto emocional e da sobrecarga; além de poder ser aplicada por qualquer profissional da saúde é de extrema importância, pois, atualmente, compreende-se que as doenças são multifatoriais e demandam cuidados de diversas áreas.

Dentre as possíveis intervenções há certo destaque dado à técnica meditativa de Atenção Plena (*Mindfulness*), e pesquisas relatam que esta técnica baixam os níveis de estresse, ansiedade, irritabilidade, e aumentam o vigor físico e a qualidade de vida (WILLIAMS; PENMAN, 2015).

1.2 ATENÇÃO PLENA (*MINDFULNESS*)

A Atenção Plena (*Mindfulness*) é a “recuperação dos sentidos”, ou seja, consciência que começa espontaneamente quando se reserva tempo para praticá-la regularmente. Permite uma grande sensação de perspectiva, capaz de ajudar o praticante a sentir o que é importante ou não. A longo prazo, um dos aspectos mais importantes da atenção plena é de possibilitar o entendimento dos efeitos positivos no funcionamento cerebral. Avanços científicos recentes relataram que as áreas do cérebro associadas às emoções positivas, como felicidade, empatia e compaixão, se tornam mais intensas e ativas quando as pessoas meditam (WILLIAMS; PENMAN, 2015).

Demarzo e Garcia-Campayo (2017) sintetizaram que a Atenção Plena (*Mindfulness*) pode ser compreendida como estado psicológico, traço psicológico, prática e programa de intervenção, ou seja, trata-se de um amplo conceito. Os principais motivos para o uso da prática são as evidências científicas e a eficácia das intervenções baseadas em *Mindfulness*. Eficácia para os transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e nas condições clínicas crônicas (sintomas físicos).

Recentemente Demarzo et al. (2015) realizaram uma metanálise de ensaios clínicos randomizados que abordaram o efeito de *Mindfulness-Based Intervention* (MBI) em pacientes adultos recrutados em ambientes de cuidados primários. Os resultados sugeriram que essas intervenções são promissoras para a saúde mental dos pacientes na unidade básica de saúde.

Galante, Iribarren e Pearce (2013) realizaram uma revisão sistemática e metanálise, cujo objetivo foi identificar a eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) para o tratamento de transtornos mentais. Os achados apresentaram eficácia da intervenção MBCT em pacientes com três ou mais episódios prévios de depressão maior.

Na Austrália em Geelong, Prado et al. (2015) investigaram também a efetividade da MBCT em recaída/recorrência de depressão no período de dois anos. As análises de subgrupos evidenciaram a eficácia do MBCT para pessoas que receberam cuidados usuais em um ambiente especializado e que tomavam medicamento antidepressivos/estabilizados.

Nessa mesma direção, Shapero et al. (2018) abordaram a implementação das MBI no tratamento de transtornos psiquiátricos. Assim como nos estudos anteriores, identificaram que os MBIs foram eficazes para a redução de sintomas psiquiátricos.

O conceito amplo da prática de *Mindfulness* está sendo cada vez mais estudado, seja com objetivos de compreensão ou de eficácia. Waszczuk et al. (2015) examinaram o papel de fatores genéticos e ambientais em sintomas depressivos e sensibilidade à ansiedade. A pesquisa foi feita com mais de 2.100 gêmeos de 16 anos de idade. Os dados revelaram que o traço de *Mindfulness* é 32% hereditário e 66% devido a fatores ambientais; desse modo mostrou que tanto os genes quanto o meio ambiente desempenham um papel importante na etiologia da atenção plena (*Mindfulness*) na adolescência.

Documentadamente, a ansiedade foi um dos primeiros transtornos abordados com o programa de MBI de Kabat-Zinn et al. (1992) que descreveu o programa para

pacientes com transtornos de ansiedade, com resultados promissores, apesar de ainda iniciais (KABAT-ZINN et al., 1992; MILLER; FLETCHER; KABAT-ZINN, 1995).

Kabat-Zinn (1982) utilizou a prática de meditação de *Mindfulness* em um programa de relaxamento de dez semanas para pacientes com dor crônica. Os dados mostraram que dos 51 sujeitos da pesquisa: 65% deles apresentaram uma redução $\geq 33\%$ no índice médio de dor total e 50% apresentaram uma redução $\geq 50\%$, além de grandes significativas reduções na perturbação do humor e na sintomatologia psiquiátrica.

Ainda em relação à eficácia de *Mindfulness* sobre a ansiedade, é relevante citar a metanálise de Khoury et al. (2013), sobre os efeitos das MBIs. O estudo analisou programas baseados em *Mindfulness*, foram 209 estudos de intervenção (controlados ou não). A metanálise revelou que a prática de *Mindfulness* teve efeitos similares positivos a outros tratamentos (cognitivos comportamentais ou farmacológicos), em relação aos transtornos de ansiedade, depressão ou ao estresse (KHOURY et al., 2013).

Gotink et al. (2015) realizaram uma revisão e metanálise incluindo 115 ensaios clínicos randomizados abrangendo 8.683 participantes. Essa revisão sistemática ampla apresentou melhorias significativas na depressão ($d=0,37$; IC 95% 0,28-0,45); ansiedade ($d=0,49$; 95% CI 0,37-0,61); estresse ($d=0,51$; IC 95% 0,36-0,67); qualidade de vida ($d=0,39$; IC 95% 0,08 a 0,70) e capacidade funcional ($d=0,27$; IC95% 0,12 a 0,42).

Do mesmo modo Jaffray et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre intervenções baseadas na meditação de *Mindfulness* na qual foram encontrados 13 artigos, dez estudos foram incluídos na análise, nos últimos cinco anos. Sete tiveram como foco cuidadores de idosos com demência. Os achados sugeriram que as intervenções baseadas na meditação de *Mindfulness* eram viáveis e aceitáveis para oferecer aos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos informais, benefícios na redução da depressão e da sobrecarga do cuidador. Embora ressalte que os resultados não foram tão robustos quanto aos dados na literatura de intervenção mais ampla sobre a temática.

Whitebird et al. (2013) realizaram um estudo randomizado com cuidadores familiares, em que comparavam uma intervenção de redução do estresse baseada em *Mindfulness* (MBSR) com uma intervenção de educação e apoio para cuidadores familiares de pessoas com demência. A população foi de 78 cuidadores familiares para intervenção MBSR e educativa, pareados por tempo e modo de cuidado. Os cuidadores participaram de oito sessões semanais de intervenção e participaram de práticas

domiciliares. Os achados revelaram que MBSR foi mais efetiva em melhorar a saúde mental geral, diminuindo o estresse e reduzindo a depressão em comparação com a intervenção educativa.

A técnica mais difundida de Atenção Plena (*Mindfulness*) é a do programa de Williams e Penman (2015), composta por oito semanas. A semana um, permite perceber o “piloto automático” em funcionamento e encoraja a explorar o que acontece quando a mente “desperta”. Nessa semana, trabalha-se a meditação do corpo e da respiração para estabilizar a mente e evidenciar a diferença que faz quando o sujeito se preocupa com uma coisa de cada vez. Na semana dois, pratica-se meditação simples, a da exploração do corpo, permitindo explorar a diferença entre pensar sobre uma sensação e experimentá-la sem julgar ou analisar, mas senti-la. A semana três, fundamenta-se nas vivências anteriores, somadas a algumas práticas de movimento atento da Yoga. A semana quatro, pratica-se meditação de sons e pensamentos, permitindo observar que os pensamentos são como eventos mentais, que vêm e vão, assim como os sons. A semana cinco, apresenta a meditação de explorar as dificuldades, que permite enfrentar os obstáculos que emergem no decorrer dos tempos. A semana seis, mostra como os pensamentos negativos são dissipados quando se cultiva a ternura e a compaixão, por meio de atos de generosidade e da prática da meditação da amizade. A semana sete, perscruta a estreita relação entre a rotina, atividades, comportamento e humor, cujo o foco é permitir melhores escolhas, de modo que atividades que proporcionam prazer sejam viabilizadas, em contrapartida limitar aquela que sugam os recursos pessoais. E, por fim, a oitava semana, aplica-se a transferência da prática de Atenção Plena (*Mindfulness*) no cotidiano, de modo que seja um recurso disponível (WILLIAMS; PENMAN, 2015, p. 56-58).

Embora pareça que cada semana ensina um aspecto diferente da atenção plena, na verdade todos estão inter-relacionados (WILLIAMS; PENMAN, 2015, p. 57).

Diante desse cenário pode-se evidenciar que o conhecimento sobre práticas aplicadas no contexto do envelhecimento possibilita estabelecer prioridades e utilizar recursos de forma direcionada para a transformação do atendimento da saúde no país.

No Brasil, é possível identificar um olhar voltado para o idoso, pelo espaço nas políticas de todas as esferas do governo. Exemplo disso é a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a necessidade de planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso, bem como promover a capacitação de recursos humanos para o atendimento ao

idoso, na área de saúde, com intuito de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) da qual uma das diretrizes é o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas e atenção integral (BRASIL, 2006).

Dessa forma, propõe-se um estudo que vise encontrar meios para incorporar práticas de saúde voltadas ao envelhecimento da sociedade bem como compreender quem é o sujeito do cuidado, e então oferecer a ele, cuidado satisfatório e eficaz.

2 JUSTIFICATIVA

As demências causam grande impacto na estrutura familiar e podem ser consideradas uma “doença familiar”, que estabelece a necessidade de programas e medidas de apoio para quem exerce o cuidado do paciente acometido.

Acredita-se que a aplicação de Intervenção Baseada no *Mindfulness* (IBM) em cuidadores de idosos com demência, seja efetiva para preservação do estado mental dos cuidadores, e de grande relevância para os profissionais de diversas áreas da saúde que atuam com o processo de envelhecimento. Isso porque ela se caracteriza pelo enfoque multiprofissional, e seus efeitos podem diminuir sintomas depressivos, ansiedade e a sobrecarga dos participantes. Além disso, contribuirá com estudos sobre intervenções com cuidadores, visto a escassez de estudos sobre este tipo de intervenção.

3 OBJETIVO

Analisar os efeitos da Intervenção Baseada na Atenção Plena (*Mindfulness*, IBM) sobre sintomas depressivos, ansiosos e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos demenciados.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado, com avaliação pré e pós-intervenção.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO

A pesquisa foi realizada no município de São Carlos, situado no Estado de São Paulo. Os participantes foram derivados da Unidade de Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A amostra foi estimada, *a priori*, utilizando o Software G Power (FAUL F., 1992-2014): tamanho do efeito = 0,4, $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,7$, para dois grupos. Após o cálculo, obteve-se um valor mínimo de 15 indivíduos para cada grupo.

Dessa forma, foram definidos um grupo de cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de demência, que participaram da prática em seu domicílio (GIM) e outro Grupo Controle ativo (GCa) de cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de demência que não participaram da prática baseada em *Mindfulness* (atenção plena), e receberam orientações educativas sobre demência no próprio domicílio, por meio de uma cartilha, e ficaram na lista de espera para participarem da prática posteriormente, no término da pesquisa.

A USE da UFSCar é um serviço/espço destinado ao desenvolvimento das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão sendo estes os principais pilares da universidade, além da interdisciplinaridade e integralidade do cuidado que é o fio condutor das ações da USE.

O atendimento da USE se caracteriza por meio de linhas de cuidado, ou seja, conjuntos de ações desenvolvidas e conduzidas de forma interdisciplinar, pautadas nos princípios do SUS, principalmente, o da integralidade e centradas no usuário, integrando ações de educação, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as necessidades de saúde de cada usuário, sendo em grupos e/ou individual, respeitando as singularidades de cada um (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2013).

Estão estabelecidas oito linhas de cuidado: 1. Infância/ Adolescência. 2. mulher. 3. Práticas integrativas e Complementares. 4. Neurologia. 5. Geriatria e Gerontologia. 6. Cardiorrespiratória e doenças metabólicas. 7. Muscoloesquelética. 8. Saúde mental.

Diante disso, a missão da USE se caracteriza por prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão, inseridos e paralelos aos princípios do SUS, atrelada à rede pública de saúde do município, auxiliar na formação e qualificação de profissionais da área da saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia; divulgar o conhecimento produzido, tornando-o acessível à população.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

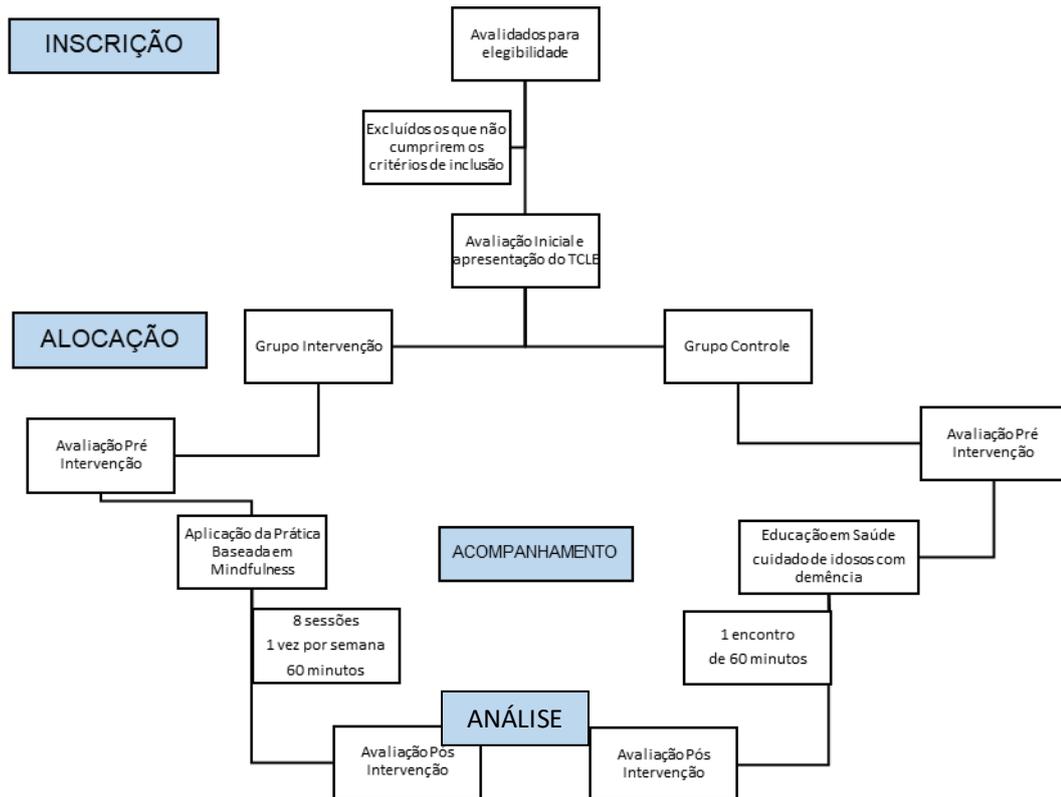
Para a realização da pesquisa foram incluídos cuidadores familiares informais dos idosos com demência que ofereciam o cuidado (auxílio nas atividades de vida diária) há mais de um ano, encaminhados pela USE da UFSCar que concordaram em participar da pesquisa expressa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos da pesquisa os cuidadores que eram remunerados; os que cuidavam do idoso com demência há menos de um ano, os que tiveram menos de 75% de presença nas intervenções e os que tinham algum *deficit* auditivo e cognitivo que impossibilitasse a escuta e a compreensão das orientações da prática. Reconhecendo que, para a aplicação da meditação de *Mindfulness* ser eficaz é necessário que o sujeito entenda e ouça as orientações.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A seleção dos sujeitos foi feita a partir do encaminhamento médico dos idosos para a USE-UFSCar. Os 35 primeiros cuidadores de idosos com demência que procuraram o serviço foram incluídos, conforme os critérios já apresentados. Eles foram randomizados por meio de uma lista gerada na página randomization.com, e alocados para o GIM e GCa para os demais (os quais foram encaminhados à USE, posteriormente). Os cuidadores foram direcionados para uma lista de espera, para participarem da intervenção após a finalização da pesquisa, conforme mostra a figura 1.

Figura 1. Representação gráfica do diagrama e logística do estudo e operacionalização da coleta de dados e intervenção.



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Posteriormente à alocação dos participantes, os cuidadores foram orientados quanto à intervenção a ser realizada, e os participantes do GCa foram, também, convidados a participar da IBM após término da pesquisa. O Grupo Controle recebeu a Educação em Saúde no domicílio em uma única visita domiciliar.

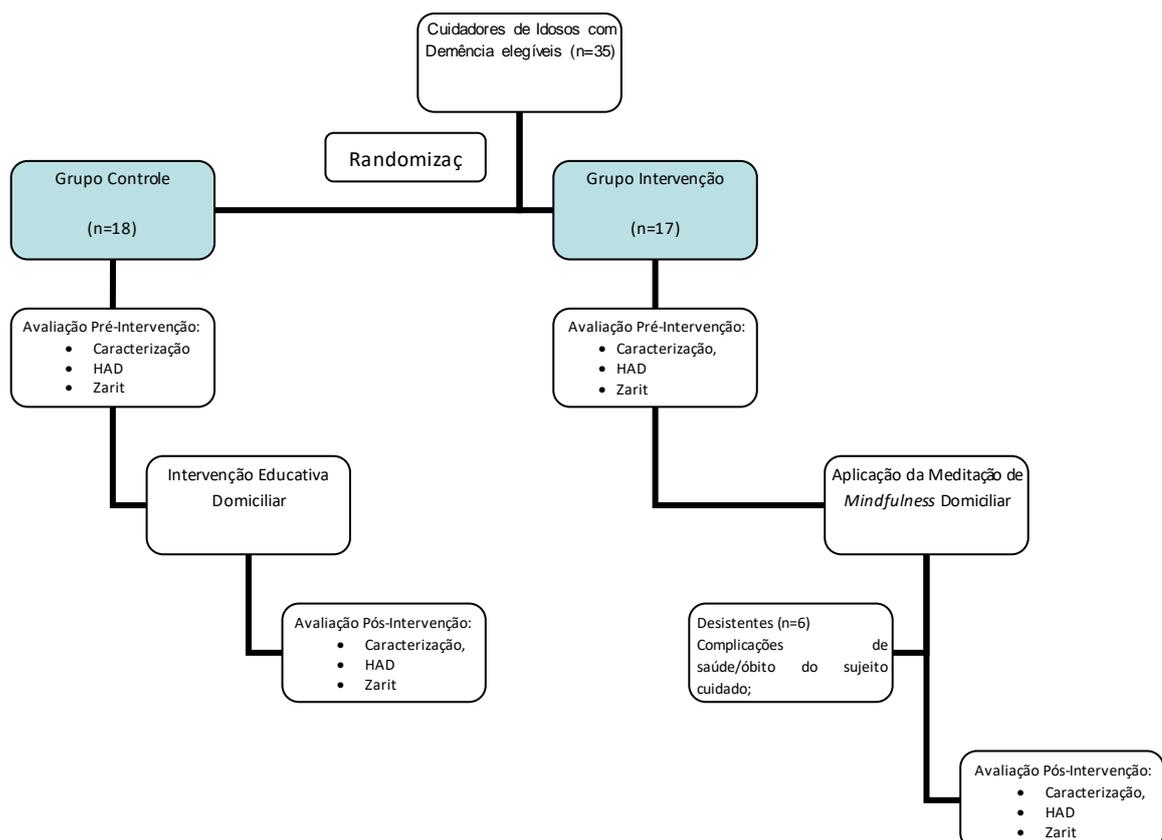
O recrutamento dos participantes ocorreu no segundo semestre de 2017, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da universidade. Dos 35 cuidadores informais de idosos com demência que foram elegíveis para participarem do projeto, após a randomização, 18 foram alocados no GCa e 17 no GIM. Foram avaliados no período de março a abril de 2018, concomitantemente, na USE. Após essa etapa iniciou-se a IBM para o GIM e educação em saúde para o GCa. A IBM ocorreu por meio de agendamento no próprio domicílio, em oito sessões, durante dois meses para cada sujeito. Foram executadas as sessões de dez sujeitos semanalmente, concomitantemente, o que levou o período de quatro meses (maio a agosto/2018) até o término da intervenção. Ao longo das intervenções seis participantes desistiram de continuar com as sessões, um por ter ocorrido óbito do idoso receptor de cuidado, e cinco por piora do quadro do idoso, sendo que dois destes passaram por momentos de

internação hospitalar. Assim, foram analisados ao final 11 participantes do GIM, demonstrado graficamente na figura 2.

O GCa, além das avaliações pré e pós (concomitante ao GIM) recebeu uma visita domiciliar, no mês de julho, com duração de duas horas visando o fornecimento de orientações a respeito da demência, os fatores de risco, diagnóstico, cuidados com o familiar (impacto emocional: estresse do cuidador, mudanças na vida cotidiana), tratamento, além de levantamento das dúvidas que o cuidador tinha a respeito desse tema. Os voluntários do GC, receberam orientação para permanecerem com as mesmas atividades do cotidiano, sem participar de nenhum grupo de intervenção no período. Nenhum participante deste grupo desistiu de participar até o final do estudo, sendo analisados 18 cuidadores, conforme mostra a figura 2.

Vale ressaltar, que os participantes e o pesquisador responsável A (aplicou a intervenção), não foram cegos quanto à intervenção, porém, preocupou-se neste estudo com a ocultação dos sujeitos e da intervenção no momento da avaliação pré e pós (pesquisador B), e, para a análise dos dados (pesquisador C).

Figura 2. Representação gráfica do fluxograma da alocação dos sujeitos do estudo.



A Técnica de Atenção Plena, Intervenção Baseada em *Mindfulness* (IBM) foi embasada no trabalho de Williams e Penman (2015), conforme descrita na introdução deste trabalho, perpassando por oito sessões (Figura 3), uma a cada semana.

Além disso, levou-se em consideração as orientações e os cuidados para a prática de *Mindfulness* de Demarzo et al. (2015), como o local da prática ser silencioso e com pouca distração, o participante sentar ou deitar em posição que permita pouco ou nenhum desconforto durante a prática como posição neutra e confortável, coluna ereta quando sentados, ser persistente e regular com as práticas, ter em mente que as práticas de *Mindfulness*, ou outras técnicas meditativas podem, eventualmente, trazer à tona estressores ou traumas reprimidos, durante o estudo; sendo o pesquisador responsável capacitado e com formação para oferecer apoio emocional quando necessário.

Na figura 3, estão descritas de forma explicativa as atividades executadas para os grupos GIM e GCa.

Figura 3. Descrição das atividades semanais para o Grupo Intervenção e Controle.

Semana	Grupo intervenção baseada em <i>MINDFULNESS</i> (WILLIAMS; PENMAN, 2015, p. 56-58).	Grupo controle ativo
1	No domicílio - Meditação do Corpo e da Respiração. Estabilização da mente.	--
2	No domicílio - Meditação da Exploração do Corpo. Exploração da diferença entre pensar sobre uma sensação e experimentá-la sem julgar ou analisar.	--
3	No domicílio reflexão das vivências anteriores, somadas às práticas de Movimento Atento da loga. Exploração dos limites físicos e mentais.	--
4	No domicílio - Meditação de Sons e Pensamentos. Percepção de que os pensamentos são eventos mentais, que vêm e vão, assim como os sons	Visita Domiciliar e Educação em Saúde: demências, fatores de risco, diagnóstico, cuidados com o familiar (impacto emocional: estresse do cuidador, mudanças na vida cotidiana), tratamento, e levantamento das dúvidas a respeito deste tema
5	No domicílio - Meditação de Explorar as Dificuldades. Enfrentar os obstáculos que emergem no decorrer dos tempos	--
6	No domicílio - Meditação da Amizade. Percepção de como os pensamentos negativos são dissipados quando se cultiva a ternura e a compaixão por meio de atos de generosidade	--
7	No domicílio – Reflexão crítica sobre a estreita relação entre a rotina, atividades, comportamento e humor. Permissão de melhores escolhas, de atividades que proporcionam prazer, em contrapartida limitar aquelas que sugam os recursos pessoais.	--

8	A semana oito entrelaça a prática de Atenção Plena (<i>Mindfulness</i>) no cotidiano, de modo que seja um recurso disponível.	--
---	---	----

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

4.5 COLETA DE DADOS

Os instrumentos de avaliação do cuidador foram:

a) Caracterização do cuidador: sexo, idade, escolaridade, renda, grau de parentesco com idoso, se mora com o idoso, tempo em anos dedicado ao cuidado, horas diárias dedicadas ao cuidar, número de comorbidades e, se é praticante de religião.

b) Inventário de Sobrecarga de Zarit: elaborado por Zarit e Zarit (1987), traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca (2002), com 22 itens, tem por objetivo avaliar o impacto percebido do cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. As respostas aos 22 itens devem ser dadas segundo uma escala de cinco pontos que descrevem como cada afirmação afeta a pessoa. Cada item da escala tem escores representados da seguinte forma: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4). A pontuação indica a frequência de cada item. No último item, o escore varia de zero a quatro também, mas representa o quanto o entrevistado está se sentindo cansado mediante a tarefa de prestar o cuidado, representado por: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). O total da escala é obtido somando todos os itens e pode variar de zero a 88.

c) Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) – Validada no Brasil por Botega et al. (1995), avalia níveis de ansiedade e depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983). Esta escala apresenta 14 itens, com quatro opções de resposta, cotadas de zero a três. As subescalas de sete itens da avaliação de sintomas ansiosos e sete itens da avaliação de sintomas depressivos, são pontuadas no total e 0-21 sendo que, as pontuações mais altas indicam maior sintoma ansiedade e maior sintoma de depressão (Cronbach's $\alpha = .68$). Valores totais em cada subescala superiores a oito e inferiores a dez requerem avaliação para confirmação do estado depressivo ou ansioso, valores superiores a 11 requerem atuação e seguimento.

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram inseridos em banco empregando o aplicativo Excel, e em seguida foram importados para o aplicativo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, software utilizado para as análises estatísticas. O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para avaliar a aderência dos dados à normalidade, que foi confirmada ($p > 0,05$).

Para analisar o perfil sociodemográfico dos participantes foram calculadas médias e desvio-padrão das variáveis contínuas e as frequências das variáveis categóricas. Para verificar a presença/ausência de diferenças para as variáveis sociodemográficas contínuas foi utilizado o teste *T-Student Independent*, e para a comparação das variáveis categóricas foi utilizado Qui-quadrado. O resultado dos testes é apresentado em tabela, com os dados estratificados de acordo com o grupo controle ou intervenção.

Para verificar a presença/ausência de diferenças entre os grupos controle e intervenção para as variáveis de: Zarit, HAD, Ansiedade total e Depressão total, foi utilizado o teste *T-Student Independent*. Para comparar as diferenças no pré e pós intervenção intra-grupo dos desfechos sobrecarga, sintomas ansiosos e depressivos, foi utilizado o teste *T-Student* para amostras pareadas. O nível de significância adotado para todos os testes foi de $p \leq 0,05$ (5%).

A análise de dados por meio do Método JT (JACOBSON; TRUAX, 1991) foi utilizada para o cálculo da confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção nas comparações que obtiveram significância estatística, descritas em termos de um Índice de Mudança Confiável (IMC).

Para o cálculo do IMC, necessitam-se dos escores pré e pós-teste de cada indivíduo e o valor do erro padrão da diferença, de acordo com a fórmula: $IMC = \frac{pós - pré}{EP_{dif}}$. Em que EP_{dif} é o erro padrão da diferença. A partir do cálculo do IMC, são considerados os seguintes parâmetros: $IMC > 1,96$ é definido como Mudança Positiva Confiável; $IMC < -1,96$ refere-se à Mudança Negativa Confiável; e valores de IMC entre $-1,96$ e $1,96$ define-se como Ausência de Mudança (AM) (JACOBSON; TRUAX, 1991).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, com o número do parecer: 2.592.717 em 11 de abril de 2018 (ANEXO E).

Antes de iniciar a avaliação, fez-se a leitura do TCLE com cada cuidador familiar. Os cuidadores que aceitaram participar, assinaram, em conjunto com a pesquisadora,

duas vias do documento, uma que foi entregue ao participante e outra anexada à sua avaliação.

A pesquisadora participou de cursos relacionados a técnica *Mindfulness*, workshops e atualização profissional, além de formação em curso de Psicologia, conforme consta nos anexos deste trabalho.

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes do estudo. Foram 29 participantes, sendo que 18 pertenciam ao grupo controle e 11 ao grupo intervenção. Em ambos os grupos houve prevalência de participantes do sexo feminino, e residiam junto ao idoso ao qual prestavam cuidados. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controle e grupo de intervenção, quanto às características demográficas.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle (n=18) e intervenção (n=11). São Carlos (SP), Brasil, 2018.

Perfil dos cuidadores	Grupo controle (n=18)	Grupo Intervenção (n=11)	p-valor
Sexo [n(%)]			0,715*
Feminino	17 (94,4)	10 (90,9)	
Masculino	1 (5,6)	1 (9,1)	
Idade [Média (±DP)]	56,4 (±18,8)	51,6 (±11,9)	0,087**
Estado civil [n(%)]			0,363*
Casado	6 (33,3)	6 (54,5)	
Solteiro	10 (55,6)	3 (27,3)	
Viúvo	1 (9,1)	1 (9,1)	
Separado	1 (9,1)	1 (9,1)	
Escolaridade [Média (±DP)]	8,8 (±3,6)	9,9 (±4,2)	0,836**
Renda individual SM [Média (±DP)]	1,4 (±0,8)	2,1 (±1,1)	0,927**
Renda familiar SM [Média (±DP)]	1,8 (±0,9)	3,1 (±1,2)	0,183**
Grau de parentesco com o idoso [n(%)]			0,054*
Esposo (a)	8 (44,4)	1 (9,0)	
Filho (a)	5 (27,8)	3 (27,3)	
Nora/genro	5 (27,8)	3 (27,3)	
Neto (a)	--	2 (18,2)	
Irmão (ã)	--	2 (18,2)	
Vive com idoso [n(%)]			0,732*
Sim	12 (66,7)	8 (72,7)	
Não	6 (33,3)	3 (27,3)	
Número de comorbidades [Média (±DP)]	1,2 (±0,7)	1,0 (±1,0)	0,555**

Tempo de cuidados (anos) [Média (±DP)]	7,1 (±4,2)	8,0 (±4,0)	0,940**
Horas de cuidado por dia [Média (±DP)]	15,7 (±8,1)	17,0 (±9,0)	0,508**
Praticante de religião [n(%)]			0,077*
Sim	7 (38,9)	8 (72,7)	
Não	11 (61,1)	3 (27,3)	

DP: Desvio-Padrão. SM: Salário Mínimo (Baseado no valor de R\$ R\$ 937 vigente no ano de 2018. *Qui-quadrado. **Test t-student.

A tabela 2 mostra os dados comparativos para as variáveis de Zarit, HAD, Ansiedade total e depressão total, antes e após a intervenção para os grupos intervenção e controle. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,048$) que mostra uma redução no nível médio da HAD após a intervenção com a prática de *Mindfulness* para o grupo intervenção. Para o grupo controle não foram encontradas diferenças significativas no nível médio das variáveis na pré e pós-análise.

Tabela 2. Comparação dos grupos pré e pós-intervenção (n=11) e grupo pré e pós-controle (n=18). São Carlos (SP), Brasil, 2018.

	Pré GIM Média (±DP)	Pós GIM Média (±DP)	(n=11) T (p-valor)	Pré GCa Média (±DP)	Pós GCa Média (±DP)	(n=18) **t(p-valor)
Zarit	34,09 (±13,5)	30,09 (±11,70)	0,735 (0,667)	26,33 (±15,48)	27,50 (±15,09)	-0,229 (0,760)
HAD	16,00 (±8,30)	13,18 (±5,36)	0,945 (0,048)*	10,28 (±4,37)	9,78 (±4,76)	0,328 (0,836)
Ansiedade Total	8,91 (±4,50)	8,18 (±2,96)	0,447 (0,090)	6,28 (±3,34)	5,89 (±3,87)	0,322 (0,366)
Depressão Total	7,09 (±4,52)	5,00 (±2,96)	1,295 (0,256)	4,00 (±3,08)	3,89(±2,47)	0,119(0,678)

* $p<0,05$. **Test t-student.

Na tabela 3 evidencia-se os dados comparativos para as variáveis de Zarit, HAD, Ansiedade total e depressão total, entre os grupos pré controle e pré intervenção e os grupos pós-controle e pós-intervenção. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,004$) no nível médio da HAD entre os grupos controle e intervenção na pré-avaliação. Para o grupo pós-controle e pós-intervenção não foram encontradas diferenças significativas no nível médio das variáveis.

Tabela 3. Comparação entre os grupos pré controle (n=18) e pré intervenção (n=11) e pós controle (n=18) e pós intervenção (n=11). São Carlos (SP), Brasil, 2018.

	Grupo Pré Controle Média (DP)	Intervenção Pré intervenção Média (DP)	(n=11) T (p- valor)	Grupo Pós controle Média (DP)	Controle Pós intervenção Média (DP)	(n=18) **t(p- valor)
Zarit	26,33 (±15,48)	34,09 (±13,69)	1,408 (0,473)	27,50 (±15,09)	30,09 (±11,75)	0,516 (0,381)
HAD	10,28 (±4,37)	16,00 (±8,30)	2,438 (0,004)*	9,78 (±4,76)	13,18 (±5,36)	1,730 (0,875)
Ansiedade Total	6,28 (±3,34)	8,91 (±4,50)	1,676 (0,165)	5,89 (±3,87)	8,18 (±2,96)	1,795 (0,180)
Depressão Total	4,00 (±3,08)	7,09 (±4,52)	1,998 (0,226)	3,89 (±2,77)	5,00 (±2,86)	1,067 (0,727)

*p<0,05. **Test t-student

Foi realizado o cálculo da confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção para cada participante individualmente, na escala de HAD. Assim, na tabela 4, levando em consideração o Índice de Melhora Confiável (IMC) de cada participante e os parâmetros propostos por Jacobson e Truax (1991) permitiu dizer que quatro (36%) dos participantes apresentaram mudança significativa e os demais apresentaram ausência de mudança.

Tabela 4. Descrição das pontuações na escala de HAD de cada participante no momento pré e pós-intervenção, segundo Índice de Mudança Confiável (IMC) e os parâmetros (n=11). São Carlos (SP), Brasil, 2018.

Participante	HAD pré	HAD pós	IMC	Parâmetros
01	17	11	<u>-1,98</u>	MNC
02	9	6	-0,57	AM
03	13	10	-0,57	AM
04	8	13	0,95	AM
05	20	13	<u>-1,98</u>	MNC
06	11	12	0,19	AM
07	3	3	0,00	AM
08	22	20	-0,38	AM
09	23	21	-0,38	AM
10	23	15	<u>-1,99</u>	MNC
11	30	17	<u>-2,47</u>	MNC

IMC: Índice de Mudança Confiável. AM: Ausência de Mudança. MNC: Mudança Negativa Confiável.

6 DISCUSSÃO

Neste tópico, inicia-se a discussão dos resultados referentes à caracterização dos participantes, e os efeitos da IBM.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DO GIM E GCA

O perfil de cuidadores familiares de pessoas idosas com demência corrobora com os dados encontrados na literatura. Queiroz et al. (2018) analisaram a associação entre o perfil sociodemográfico, características de cuidado e qualidade de vida de cuidadores de idosos diagnosticados com demência, em sua amostra 91% correspondia ao sexo feminino.

Estudos realizados em variadas regiões do Brasil indicam o perfil do cuidador familiar como maioria feminina. Rossi et al. (2015) realizou uma pesquisa na cidade de Formiga (MG), Gutierrez, Fernandes e Mascarenhas (2017) em Porto Alegre (RS), Leite et al. (2017) no Estado do Rio de Janeiro; Perdigão, Almeida e Assis (2017) também em Minas Gerais; Diniz et al. (2018) na cidade de São Carlos (SP).

Esses achados refletem o papel sociocultural da mulher, principalmente, no contexto ocidental, em vista que às mulheres são responsáveis pela prestação dos cuidados, como esposa, filha ou irmã, e aos homens caberia a condição de provedor do sustento e administrador financeiro (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

Entretanto, observa-se um movimento referente ao sexo do cuidador, em que gradualmente, o sexo masculino tem participado mais do cuidado (LINO et al., 2016; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2014).

A média de idade dos cuidadores de idosos com demência no GIM foi de 51,6 anos e no GCa de 56,4 anos. A pesquisa realizada por Leite et al. (2017) apresentam em sua amostra características similares com idade entre 48 e 57 anos, e representados por filhos na idade adulta.

Em relação ao estado civil, a maior parte dos integrantes da pesquisa no GCa tinha predominância de solteiros (55,6%) e casados (33,3%) e o grupo intervenção apresentou predominância de casados (54,5%) e de solteiros (27,3%). Estudo de Perdigão, Almeida e Assis (2017) apresentou também maioria de estado civil com status de casado (61,53%). A presença de um companheiro pode trazer benefícios em relação ao menor número de sentimentos de solidão e maior apoio.

Quanto à escolaridade, no grupo controle foi a 8,76 anos de estudo em média e no grupo intervenção de 9,90 anos de estudo. O grau de escolaridade é uma informação muito relevante para a equipe de saúde, para preparar o conteúdo das ações educativas e tomada de decisão pela abordagem mais acessível para que, desse modo, as ações sejam efetivas (SILVA et al, 2016).

No tocante à renda individual, no grupo controle se tem uma média de 1,39 salários mínimos, e, no grupo intervenção essa média corresponde a 2,09; já a renda individual familiar do grupo controle é de 1,83 salário mínimo e no grupo intervenção é de 3,09. O valor do salário mínimo no período da pesquisa correspondia a R\$ 937,00. Pesquisas realizadas por Queiroz et al. (2018) apresentam renda familiar similar em sua amostra (62,8%), e equivale de um a três salários mínimos. Vale salientar que, quando a provisão de cuidado transcorre em condições de escassez de recursos materiais, ela tende a ser vista como um dever ou opção sem alternativa pelo cuidador, constituindo-se, assim, como uma atividade estressante.

Foram observados em relação ao grau de parentesco com idoso no grupo controle a maioria ser esposa (44,4%) e percentuais iguais nora/genro (27,8%) e filho/filha (27,8%); no grupo intervenção há predominância de filho/filha (27,3%) e nora/genro (27,3%); embora apresenta achados de parentesco esposa que não foram tão significativos. Conforme Bauab e Emmel (2014), Toscano, Cuadrado e Ruiz (2010) e Manzini e Vale (2016) apontaram ser de suma importância compreender esse universo do cuidado e identificar quem são esses cuidadores, pois a saúde mental do cuidador reflete no idoso demenciado.

Em ambos os grupos a maioria reside com o idoso no grupo controle (66,7%) e no grupo intervenção (72,2%). Manzini e Vale (2016) salientaram que a demência, por ser uma doença neurodegenerativa, demanda um ritmo de cuidado e atenção crescentes, concomitante à progressão dos estágios da doença. Pesquisa realizada por Perdigão, Almeida e Assis (2017) também apresentaram em sua amostra o predomínio de cuidadores que residiam com o idoso (73,07%).

No que se refere ao número de comorbidades, o grupo controle e grupo intervenção apresentam dados parecidos: GCa de 1,22 e GIM de 1,00 de comorbidades.

Apesar de nesta pesquisa o número de comorbidades ser relativamente baixo, o que pode estar associado à média de idade dos cuidadores, há de se considerar que em diferentes contextos que podem envolver esse universo amplo do cuidador. Alves et al. (2018) identificaram a presença concomitante de multimorbidade e de altos níveis de sobrecarga percebida associados à presença de fragilidade em idosos que cuidam de

outros idosos no contexto da família. Os dados sugeriram que idosos que cuidam de outros idosos estão expostos a uma dupla condição de vulnerabilidade, uma vez que a simultaneidade de fatores associados ao envelhecimento e fatores associados ao exercício exaustivo do cuidado (sobrecarga percebida) com a presença da síndrome de fragilidade.

Neste estudo reconhece-se a importância de identificar o tempo de cuidado em anos e horas que o cuidador desempenha ao seu familiar. A média do tempo de cuidado em anos no grupo controle foi de 7,11 e no grupo intervenção de 8,00. Em relação as horas de cuidado por dia no grupo controle foi de 15,67 e no grupo intervenção de 17,00. Leite et al. (2017) também buscaram identificar a quantidade de horas disponibilizadas para o cuidado, e salientaram que, ainda que o cuidador tenha uma segunda pessoa encarregada pelo cuidado, o cuidador principal continua a ocupar seu pensamento com o desempenho das tarefas diárias com o idoso.

Considera-se que alguns cuidadores não conseguem se desvincular totalmente do cuidado, apesar de não estarem diretamente naqueles momentos responsáveis pelo idoso.

O impacto na vida do cuidador é perceptível, e a demanda de tempo exercida pelo cuidado faz com que a vida do cuidador fique em segundo plano (BAUAB; EMMEL, 2014; CARVALHO et al., 2012). Entende-se que, ao dedicar grande parte do tempo ao cuidado, muitas vezes, o cuidador descuida de sua própria saúde, e nesse contexto, torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde lidar com o surgimento de doenças no cuidador idoso, como estresse, sobrecarga e sintomas depressivos, o que justifica a necessidade de auxílio de outros membros no cuidado ao idoso (BRIGOLA et al., 2017).

No que se refere à religião identificou-se que praticantes no GCa corresponde a 38,9% e não praticante de 61,1%; já no GIM, praticante corresponde a 72,7% e não praticante a 27,3%. A literatura apresenta achados consideráveis nessa temática relacionando a religião como processo utilizado para controlar as demandas da relação indivíduo e ambiente, denominada de estratégias de *coping* espiritualidade, o que é vista como importante suporte para os cuidadores (SIMONETTI; FERREIRA, 2007).

Lazarus e Folkman (1991) descreveram o enfrentamento de situações estressantes como *coping*, ou seja, esforços cognitivos e comportamentos compreendidos para o controle de respostas do indivíduo às situações que estão sobrecarregando, ou, além de seus recursos pessoais. As principais funções de enfrentamento são: (1) enfrentamento focalizado no problema. Essa ação pode envolver

acordos estabelecidos com outras pessoas, pautados no uso de habilidade sociais, mas também pode levar o cuidador a modificar o ambiente; ou seu próprio comportamento (realizar exercícios físicos, levantar ou dormir mais cedo, entre outros); (2) função focada ao controle, ou seja, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento estressor (controlar emoções negativas no caso do idoso solicitar a presença do cuidador em intensamente, compreender que o idoso não é culpado, mais precisa de seu auxílio). Esse é o enfrentamento focalizado na emoção. O cuidador busca aliviar o estresse, ou seja, procura sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser modificado.

Estudo realizado por Simonetti e Ferreira (2007) teve como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por cuidadores de idosos, e a estratégia mais utilizada pelos cuidadores foram centradas na emoção, principalmente, na religião. Dutra et al. (2016) conheceram e analisaram as estratégias de enfrentamento que idosos longevos utilizaram para superar as dificuldades vivenciadas a partir da dependência funcional; identificaram que idosos apresentavam como estratégias de enfrentamento da dependência funcional a resiliência, a fé, a espiritualidade e o apoio da família.

Pinto e Barham (2014) buscaram investigar habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse em cuidadoras de idosos, e verificaram se elas se correlacionavam com medidas de percepção de bem-estar psicológico, considerando por meio dos achados, que as habilidades sociais e as estratégias de enfrentamento de estresse afetavam significativamente o bem-estar psicológico dos cuidadores de idosos.

A prática de cuidados às pessoas idosas e seus cuidadores exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos mesmos e a importância do ambiente no qual está inserido. Ainda, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013), a abordagem, também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de cada pessoa, perfazendo a importância de uma avaliação criteriosa e sistematizada. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social informal e de suas necessidades também se fazem com o intuito de prevenir e detectar precocemente a sobrecarga, sintomas de depressão e estresse das pessoas que cuidam.

As intervenções devem ser estimuladas e orientadas com vistas à promoção da saúde mental e física, principalmente, embasadas em evidências científicas nacionais e internacionais, porém esta iniciativa ainda é insuficiente diante do aumento de idosos incapacitados e a presença de cuidadores no país.

6.2 EFEITOS DA INTERVENÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS*

De forma geral, observou-se nesta pesquisa que os cuidadores que participaram da IBM se diferem dos cuidadores que não a fizeram. E, embora o grupo controle tenha apresentado alguma melhora clínica dos sintomas positivos, esta diferença não foi estatisticamente significativa neste estudo.

Os dados comparativos referentes ao desfecho, sintomas depressivos e ansiosos (HAD total), antes e após a intervenção para o GIM apresentou uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,048$), o que revela uma redução no nível médio da HAD após a intervenção com a prática de *Mindfulness*.

Ansiedade é um sentimento desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto proveniente da antecipação de perigo, de algo novo ou desconhecido. Ressalta-se que a ansiedade passa a ser uma patologia quando os sintomas são acentuados, desproporcionais em relação ao estímulo (ALLEN; LEONARD; SWEEDO,1995). De acordo com American Psychiatric Association (2013) transtornos de ansiedade são aqueles que associados às características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas.

Estudos realizados por Lima e Sene (2017) buscaram identificar os benefícios da Meditação *Mindfulness* no auxílio do tratamento de transtornos de ansiedade. Os dados apoiam pesquisas sobre a Meditação *Mindfulness* e conforto emocional.

Teixeira e Pereira (2009) em seu estudo de revisão buscaram proporcionar uma visão geral e uma discussão da Meditação *Mindfulness* e sua aplicabilidade no processo de adoecimento. Identificaram a possibilidade da prática proporcionar a capacidade de observar as experiências para aceitá-las livre dos julgamentos que possam surgir na consciência.

Dentre os principais resultados encontrados na literatura, Goyal et al. (2014) informaram que a prática de Meditação *Mindfulness* reduziu sentimentos negativos, incluindo sintomas de estresse e ansiedade.

Lima e Sene (2017) enfatizaram que a Meditação *Mindfulness* proporciona ensinar ao sujeito do cuidado a lidar com os desafios da vida, focando propositalmente a sua atenção na vivência imediata, pois reduz a ansiedade, e pode prevenir futuros episódios, ou seja, um modelo de prevenção.

Associado aos sintomas ansiosos outro fator importante a ser considerado é a presença de sintomas depressivos, que de acordo com a Organização Mundial da

Saúde (OMS) é estimado que 350 milhões de pessoas no mundo todo tenham depressão, uma doença, que quando possui uma duração longa, sintomas severos e se não diagnosticada e tratada pode se tornar uma grave condição de saúde, prejudicar as atividades do dia a dia, e até levar à morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). E, quando associada ao cuidador de idoso, o medo de que algo ruim possa acontecer, questões relacionadas à saúde, problemas financeiros e medo de abandono podem gerar angústia, ansiedade e preocupação e, conseqüentemente, agravar os sintomas depressivos (CHAVES et al., 2014).

Achados na literatura salientaram que o sistema nacional de saúde inglês utiliza a Meditação *Mindfulness* associado à psicoterapia como ferramenta terapêutica em adultos com diagnóstico de depressão (DEMARZO, 2011).

Neves (2011) realizou um estudo com 121 sujeitos, sendo que 53 eram praticantes de *Mindfulness/Yoga* e 68 pertenciam à população geral não praticante de *Mindfulness/Yoga*. Os resultados mostraram que sujeitos do primeiro grupo apresentaram níveis mais elevados de autocompaixão e níveis mais baixos de depressão, ansiedade e estresse. Freitas et al. (2017) também identificaram em sua amostra de pessoas que participaram dos oito encontros de *Mindfulness*, mudança significativa na sintomatologia psiquiátrica geral e em sintomas depressivos.

Kuyken et al. (2015) realizou um estudo multicêntrico, cego e randomizado, com duas intervenções ao mesmo tempo que comparou a manutenção da terapêutica antidepressiva com a utilização da prática de *Mindfulness* associada à redução/descontinuação da terapêutica farmacológica. Participaram da pesquisa 424 pessoas, sendo metade para cada grupo de intervenção. Em ambos os grupos não foi identificada diferenças significativas, ou seja, a meditação teve impacto semelhante a outra terapêutica e medicação, enfatizam que a Terapia Baseada em *Mindfulness* é uma alternativa válida na prevenção de recidivas na depressão, nomeadamente nos pacientes de maior risco, e pode tornar-se uma ferramenta eficaz na redução da intensidade de sintomas de depressão.

Em concordância com os resultados desta pesquisa, Carneiro e Keith (2016) enfatizaram os benefícios do uso da ferramenta de *Mindfulness*, para tratamentos dos transtornos de humor, como depressão, e, que são necessárias pesquisas para ter mais clareza dos métodos e quais seriam as fases mais apropriadas para o emprego da cada uma.

Na temática meditação e cuidadores, Hurley, Patterson e Cooley (2014) realizaram uma revisão com objetivo de avaliar criticamente a literatura empírica

existente, e determinar: (1) se as intervenções baseadas na meditação podem reduzir a depressão entre os cuidadores de idosos com demência e (2) se as intervenções baseadas na meditação podem reduzir a sobrecarga subjetiva entre os cuidadores de idosos com demência. Concluíram que as intervenções baseadas em meditação para cuidadores informais de idosos com demência apresentam redução nos níveis de depressão, ou seja, são factíveis e aceitáveis para a população cuidadora de demência.

Achados na literatura sobre os efeitos do programa de Meditação *Mindfulness* em cuidadores informais de idosos com demência de Alzheimer evidenciaram a redução no desconforto psicológico e identificaram também a redução na sobrecarga (FRANCO; SOLA; JUSTO, 2015).

Paller et al. (2015) realizaram o programa de oito semanas de Meditação *Mindfulness* em idosos com demências como Alzheimer e seus cuidadores, com avaliação pré e pós-intervenção e foi possível identificar benefícios, sendo eles aumento da qualidade de vida, redução dos sintomas depressivos e melhor qualidade de sono. Ressaltaram que a Meditação *Mindfulness* pode ser benéfica para paciente e seus cuidadores, podendo ser realizado com custo reduzido para tal população.

Marques et al. (2018) buscaram por meio de uma revisão integrativa de literatura identificar exercícios de meditação, yoga e mente-corpo e seus efeitos em paciente com câncer e verificou a redução de sintomas depressivos e ansiedade.

A Meditação *Mindfulness* em diferentes contextos foi utilizada como recurso para alívio emocional, bem como propomos nesse estudo. Como se pode identificar a Meditação *Mindfulness* possui uma relação com a Yoga, principalmente na semana três, que fundamenta-se nas vivências anteriores, somadas a algumas práticas de Movimento Atento da Yoga (WILLIAMS; PENMAN; 2015). Nessa perspectiva Nunes et al. (2016) apresentaram evidências que a utilização da Yoga como eficaz para prevenção de ansiedade.

Cabe salientar que, após uma análise individual, pelo índice de mudança confiável nesta pesquisa, apenas quatro participantes obtiveram mudança confiável. Consideram-se estes achados de extrema significância quando se trata de uma amostra pequena de indivíduos, que o tempo todo passam por percalços no seu dia a dia, difíceis de serem controlados; como a oscilação da gravidade da doença, conflitos intrafamiliares, outras demandas familiares, problemas financeiros, dificultando a melhora para todos os sintomas.

Além de sintomas depressivos e ansiosos, também, avaliou-se a sobrecarga pré e pós-intervenção por meio da Inventário de Sobrecarga, e não se encontraram

diferenças significativas entre os momentos para o GIM, nesta pesquisa. O conceito de sobrecarga foi primeiramente publicado por Zarit (1980) e inclui os problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros, experienciados por famílias cuidadoras, representados tanto por aspectos subjetivos quanto objetivos, advindos do impacto do cuidar. Gratão et al. (2010), ao analisarem a demanda do cuidador familiar com idoso demenciado, encontraram que o cuidar acarreta sobrecarga física e emocional associada ao comprometimento das AVDs do idoso, principalmente no estágio grave da demência.

Nessa perspectiva, Neves (2016) também identificou no cenário da demência a sobrecarga como uma variável importante. Em seu estudo avaliou o impacto físico, emocional, social e da saúde mental de um programa de grupo de apoio em cuidadores informais de doentes com a doença de Alzheimer. Os resultados indicaram que o programa grupo de suporte modifica a vida dos cuidadores informais, uma vez que estes, após frequentarem, sentem menor sobrecarga nos aspectos da vida pessoal, apesar de não significativos.

Em outro estudo, examinou-se a sobrecarga e o risco de sobrecarga do idoso cuidador de outro idoso que sofreu um acidente vascular cerebral. Os achados apresentaram inúmeros impactos na vida do cuidador, identificando que existe um risco real que pode gerar um comprometimento na saúde do cuidador (CAMAK, 2015; DUNKIN, J. J.; ANDERSON-HANLEY, 1998; FERREIRA, 2013; GARRIDO; MENEZES, 2004; MARTINS; RIBEIRO, GARRET, 2003).

Silva et al. (2018) realizaram um modelo de estudo transversal, descritivo, exploratório e correlacional com 54 cuidadores familiares de idosos com demência. O objetivo era identificar a presença, frequência e gravidade dos sintomas neuropsiquiátricos em idosos com demência, e identificar o desgaste do cuidador familiar, e analisar os fatores relacionados ao desgaste do cuidador. A população era similar a este estudo, com maioria feminina, com média de idade de 51,2 e residia com o idoso (74,1%); a média de sintomas neuropsiquiátrico foi 4,5; os sintomas que mais provocaram desgaste ao cuidador foram o comportamento motor comprometido (75,1%), seguido de agitação/agressividade (52,9%).

Rego (2015) buscou compreender as variáveis que se relacionam, predizem e moderam a sobrecarga de cuidadores de indivíduos com Alzheimer, nos estágios moderado e avançado, com n=102. Os cuidadores da pesquisa em sua maioria eram do sexo feminino, sem ajuda na prestação dos cuidados, com idosos que dependiam de auxílio nas atividades básicas diárias, e, os que recorreram menos à prática de

Mindfulness, apresentaram maiores níveis de sintomatologia física e traumática, utilizaram menos estratégias coping eficazes, identificaram mais problemas de memória e comportamento do doente, e apresentaram maiores níveis de sobrecarga.

Diante disso, pode-se observar que a sobrecarga está presente no cenário do cuidador familiar do idoso com demência em sua maioria, e, por se tratar de uma condição de saúde progressiva a dependência e demanda do idoso tende a aumentar com o decorrer do tempo.

Pode-se observar com cautela que estudo da Meditação *Mindfulness* apresenta dados discretos em relação à melhora da sobrecarga, porém, diante da demanda do idoso ser crescente, apenas manter o seu nível em estágio estável corrobora para incentivar novas pesquisas, mais robustas e com avaliações qualitativas, e, também para abarcar as subjetividades que podem estar presentes.

A Meditação *Mindfulness* está sendo cada vez mais usada na área da saúde, porém, conforme a literatura indica, o engajamento e a adesão dos participantes podem ser difíceis. Reis, Novelli e Guerra (2017) realizaram uma revisão para identificar e analisar estudos que apresentavam modelo, características de intervenções não farmacológicas realizadas com cuidadores informais de idosos com demência. Foram identificados 1.069 estudos e apenas um deles reportava sobre a terapia de *Mindfulness*, evidenciando a escassez de estudos na área e a importância de se estudar esta temática.

Além disso, cabe considerar nesse contexto, a relevância de se implementar estratégias de intervenção de forma adequada e sistematizada com avaliações antes e depois da intervenção e comparando com grupo controle, possibilita a compreensão do impacto real sobre a saúde dos participantes, viabilizando a capacitação da equipe de saúde na linha da gerontologia para tais estratégias.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) reconheceu a importância da capacitação para o atendimento integral, apontando que esta deve possibilitar a sistematização da atenção privilegiando-se tarefas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades, para além da pessoa idosa, mas também para aquele que cuida do idoso.

6.3 LIMITAÇÕES

O tamanho pequeno da amostra, foi uma das limitações deste estudo, dificultando a generalização dos resultados, pois, poucos cuidadores procuraram o

serviço para participarem da pesquisa, com a justificativa principal de escasso tempo disponível, além das dificuldades de se manterem na intervenção pela piora do quadro do idoso receptor do cuidado, em que alguns foram internados e um foi a óbito. A falta do pareamento em relação a HAD, também pode ser uma limitação do estudo, já que o GIM iniciou a pesquisa com médias mais elevadas de sintomas depressivos e ansiosos, o que pode ter gerado influência nos achados, dificultando a análise dos dados.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho demonstrou a importância da aplicação de (IBM) aos cuidadores do idoso com demência, em especial para a redução significativa de sintomas ansiosos e depressivos. Cabe ressaltar a faceta multidisciplinar da IBM, em que pode ser conduzida por vários profissionais da saúde, o que aumenta a integração entre a equipe e a importância dos diversos profissionais que compõem a rede de atenção a saúde.

Os resultados são positivos quanto a aplicabilidade desse tipo de intervenção, por promover melhora e manutenção da saúde mental da população de cuidadores, o que indica a necessidade de dar continuidade às pesquisas com essa temática, pelos diversos profissionais da saúde.

Este trabalho pode colaborar para orientar e incentivar futuras pesquisas da Meditação *Mindfulness* com cuidadores de idosos com demência, enfatizando a importância do cuidado em saúde em relação à patologia da demência e reconhecer o olhar biopsicossocial incluindo o idoso, cuidador e o profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, M. S. et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, Orlando, v. 7, n. 3, p. 270-279, maio 2011. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312027/pdf/nihms363316.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.
- ALLEN, A. J.; LEONARD, H.; SWEDO, S. E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 34, n. 8, p. 976-986, aug. 1995.
- ALVES, E. V. C. et al. A dupla vulnerabilidade de idosos cuidadores: multimorbidade e sobrecarga percebida e suas associações com fragilidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 312-322, jun. 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt_1809-9823-rbgg-21-03-00301.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Washington: APA, 2013.
- ANDRE, S. M. F. S. et al. Mental health of informal caregivers of dependent elderly patients after cerebrovascular accident. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 11, p. 85-94, dez. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vser11n11/ser11n11a10.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.
- ARAÚJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 119-137, mar. 2012. Disponível: < <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/13109/9638>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
- BAUAB, P. J.; EMMEL G. L. M. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339-382, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00339.pdf>>. Acesso em: 25 june. 2018.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, out. 1995. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 19 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Agência IBGE de Notícias. **PNAD Contínua: número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.528 de 19 de outubro de 2006 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Rio de Janeiro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 24 de março de 2019.

BRIGOLA, A. G. et al. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 410-422, maio/jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00409.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a19.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CAMAK, D. J. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 17-18, p. 2376-2382, sep. 2015.

CAMPOLINA, A. G. et al. The health transition and changes in healthy life expectancy in the elderly population: possible impacts of chronic disease prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

CARNEIRO, A. M.; KEITH. Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 42-49, jun. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

CARVALHO, M. F. C. et al. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil – SABE Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.817-827, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n4/13.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

CHAVES, É. C. L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 648-655, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00648.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

DEMARZO, M. M. P. et al. The efficacy of *Mindfulness*-Based Interventions in Primary Care: a meta-analytic review. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 13, n. 6, p. 573–582, nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4639383/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DEMARZO, M. M. P. Meditação aplicada à saúde. In: PROGRAMA de atualização em medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2011. cap. 4, p. 9-26, 2011. Disponível em:<

https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/promef_meditacao_2011.pdf>.

Acesso em: 29 abr. 2017.

DEMARZO, M.; GARCIA-CAMPAYO, G. J. *Mindfulness* Aplicado à Saúde. In: PROGRAMA de atualização em medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2011. cap. 4, p. 127-164. Disponível em:<

https://www.mindfulnessbrasil.com/blog/wp-content/uploads/2018/01/PROMEF-C12V1-125-168_Mindfulness_final.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2018.

DINIZ, M. A. A. et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, . 2018.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3789.pdf>>.

Acesso em: 25 jun. 2018.

DUNKIN, J. J.; ANDERSON-HANLEY, C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. **Neurology**, Minneapolis, v. 51, n. 1, p. 53-60, jul. 1998.

DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, abr. 2016. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787/pdf_1906>.

Acesso em: 12 mar. 2018.

FERREIRA, C. R.; BARHAM, E. J. An intervention to reduce burden among caregivers who assist elderly people with Alzheimer's disease. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 111-130, out./dez. 2016. Disponível em:<

<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31645/22037>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/495D01F0-D83F-40CF-9CB5-DAFBAB824B7E/2048/Valida%C3%A7%C3%A3odaescaladeZarit1.pdf>.

Acesso em: 10 jun. 2018.

FRANCO, C.; SOLA, M. M.; JUSTO, E. Recucción del malestar psicológico y de la sobrecarga em familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento em *Mindfulness* (consciência plena). **Revista Española de Geriatria y Gerontologia**, Barcelona, v. 45, n. 5, p. 252-258, set. 2010.

FORLENZA, V. et al. Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 178-185, abr./jun. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v35n2/1516-4446-rbp-2013-35-2-178.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

FREITAS, J. J. et al. O impacto do programa de 8 semanas “*Mindfulness* for stress” nos sintomas psiquiátricos e na 6-Sulfatoximelatonina: um estudo quase-experimental. In: SEMANA CIENTÍFICA, 37, 2017. **Anais...** Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto

Alegre, 2017. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/173483>>. Acesso em: 18 set. 2018.

FUHRMANN, A. C. et al. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-rgenf-36-01-00014.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 150-157, jan./mar. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

GALANTE, J.; IRIBARREN, S. J.; PEARCE, P. F. Effects of *Mindfulness*-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Journal of Research in Nursing**, London, v. 18, n. 2, p. 133-155, mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030069/pdf/nihms811902.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

GARRIDO, R.; MENEZES, R. P. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/12.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

GOEDERT, M.; SPILLANTINI, M. G. A century of Alzheimer's disease. **Science**, New York, v. 314, n. 5800, p. 777-781, nov. 2006.

GOMES, F. R. et al. Aspectos biopsicossociais na relação entre cuidadores e idosos com demência de Alzheimer. **Revista Digital EFdeportes.com**, Buenos Aires, n. 185, 2013. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com/efd185/aspectos-biopsicossociais-na-demencia-de-alzheimer.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

GORDILHO A, SÉRGIO J, SILVESTRE J, RAMOS LR, FREIRE MPA, ESPINDOLA N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.unao.uerj.br/publicacoes/textos_Unao/unao1.pdf. Acesso em 24 de março de 2019.

GOTINK, R. A. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. **PloS One**, Cambridge, v. 10, n. 4, p. e0124344, 2015. Disponível em:< <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>>. Acesso em: 19 set. 2018.

GOYAL, M. et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 174, n. 3, p. 357-368, mar. 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142584/pdf/nihms582775.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

GRATÃO, A. C. M.; VALE, F. A. C.; CRUZ, M. R.; HAAS, V. J.; LANGE, C.; TALMELLI, L. F. S.; RODRIGUES, R. A. P. Family Caregivers Demands from Elderly Individuals with Dementia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, p.873-880, 2010.

GUTIERREZ, L. P.; FERNANDES, N. R. M.; MASCARENHAS, M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 885-898, jul./set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0885.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2018.

HEDLER, H. C. et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v19n1/1414-4980-rk-19-01-00143.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

HURLEY, R. V. C.; PATTERSON, T. G.; COOLEY, S. J. Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. **Journal Aging & Mental Health**, v; 18, n. 3, p. 281-288, 2014. Doi: [10.1080 / 13607863.2013.837145](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.837145)

JACOBSON, N. S.; TRUAX, P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 59, n. 1, p. 12-19, feb. 1991.

JAFFRAY, L. et al. Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: a systematic literature review. **Palliative Medicine**, London, v. 30, n. 2, p. 117-131, feb. 2016. Disponível em: <http://www.fundacioncuidadospaliativos.cl/upload/14857320142_mindfulness_cuidadores.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

KABAT-ZINN, J. et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 149, n. 7, p. 936–943, jul. 1992.

KHOURY, B. et al. *Mindfulness*-based therapy: a comprehensive meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 33, n. 6, p. 763-771, aug. 2013.

KUYKEN, W. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of *Mindfulness*-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomized controlled trial. **Lancet**, London, v. 386, n. 9988, p. 63-73, jul. 2015. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62222-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62222-4/fulltext)>. Acesso em: 15 set. 2018.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. The concept of coping. In: MONART, A.; LAZARUS, R. S. (Org.). **Stress and Coping**: an anthology. 3. ed. New York: Columbia University Press, 1991.

LEITE, S. B. et al. Relação do perfil epidemiológico dos cuidadores de idosos com demência e a sobrecarga no cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. e50171, 2017. Disponível em:<
https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50171/pdf_en>. Acesso em: 28 jun. 2018.

LIMA, A.; SENE, A. *Mindfulness* nas terapias de redução da ansiedade. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 3, n. supl. 1, p. 40-41, 2017. Disponível em:<
<http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/223>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

LINO, V. T. S. et al. Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. e00060115, jun. 2016. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00060115.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, dez. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

MANZINI, C. S. S.; VALE, F. A. C. Resiliência em cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. 118-119, dez. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37035>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

MARQUES, D. C. et al. Uso da Meditação *Mindfulness* como Terapia Coadjuvante em Portadores de Câncer: Revisão Integrativa. **Revista Saúde e Ciência online**, Campina Grande, v. 7, n. 2, maio/ago. 2018. Disponível em:
 <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/627>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Porto, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003. Disponível em:<
https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83237>. Acesso em: 29 out. 2018.

MILLER, J. J.; FLETCHER, K.; KABAT-ZINN, J. Three-year follow-up and clinical implications of a *Mindfulness* meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 17, n. 3, p. 192-200, may. 1995.

NEVES, B. M. S. **A Sobrecarga do Cuidador Informal do Doente de Alzheimer**. 2016. 48f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/49288874.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

NEVES, C. S. R. **A relação entre Mindfulness, Auto-Compaixão, Vergonha e Psicopatologia em praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga**. 2011. 74f

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra (PT), 2011. Disponível em:<<https://core.ac.uk/download/pdf/49287996.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

NUNES; J. P. C. et al. Yoga como método auxiliar na prevenção de estresse e ansiedade em atletas de alto rendimento. **Revista Uniitalo em Pesquisa**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 43-64, abr. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.italo.com.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=view&path%5B%5D=56&path%5B%5D=56>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em:< <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

PALLER, K. A. et al. Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias**, Weston, v. 30, n. 3, p. 257-267, may. 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363074/pdf/nihms666975.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

PAQUETE, S. C. M. P. **O bem-estar de indivíduos com demência e a relação com o desempenho de ocupações significativas**: um estudo a partir da aplicação do Dementia Care Mapping (DSM) a uma população institucionalizada. 2015. 214f. Tese (Doutorado em Ciências da Vida) - Universidade Nova de Lisboa, Nova Medical School Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa (PT), 2015. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/19097/1/Paquete%20Patricia%20TD%202015.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

PAULINO. G. F. et al. Revelação diagnóstica em demência: dos desafios da decisão à busca de benefícios. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 289-315, 2016. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/28907>>. Acesso em: 18 set. 2018.

PERDIGÃO, L.; ALMEIDA, S.; ASSIS, M. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 156-162, 2017. Disponível em:<<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p156-162>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 525-539, jul./set. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00525.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

POT, A.; PRETRA. I, BUPA/ADI. **Melhoria Mundial do tratamento da demência**: ideias e conselhos sobre o desenvolvimento e implementação de um Plano Nacional de Demência. Londres: Bupa/ADI, 2013. Disponível em:< <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/global-dementia-plan-report-BRAZILIAN-PORTUGUESE.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

PRADO, E. et al. N-acetylcysteine for therapy-resistant tobacco use disorder: a pilot study. **Redox Report**, v. 20, n. 5, p. 215-222, 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1179/1351000215Y.0000000004>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PRINCE, M. et al. **World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, costs and trends**. London: Alzheimer's Disease International, 2015. Disponível em: <<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

QUEIROZ, T. A. et al. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. e1420016, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e1420016.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

RAMIREZ-BERMUDEZ, J. Alzheimer's disease: critical notes on the history of a medical concept. **Archives of Medical Research**, México, v. 43, n. 8, p. 595-599, nov. 2012.

REGO, B. D. **Sobrecarga em Cuidadores Informais de Doentes com Alzheimer**. 2015. 30f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Minho (PT), 2015. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/38641/1/Daniela%20Br%C3%A1s%20Rego.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

REIS, E.; NOVELLI, M. M. P. C.; GUERRA, R. L. F. Intervenções realizadas com grupos de cuidadores de idosos com síndrome demencial: revisão sistemática. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 646-657, jul. 2018. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1728/1030>>. Acesso em: 29 out. 2018.

ROSSI, V. E. C. et al. Perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Ciência ET Praxis**, Belo Horizonte, v. 8, n. 16, p. 27-32, abr. 2017. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2220/1203>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

SCAZUFCA, M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, mar. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n1/11308.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

SHAPERO, B. G. et al. Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. **Focus (American Psychiatric Publishing)**, Arlington, v. 16, n. 1, p. 32-39, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5870875/pdf/nihms951362.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018

SILVA, I. L. C. et al. Sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência: repercussões para o cuidador familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. e3530017, 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e3530017.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SILVA, P. C. S. (Coord.). Fórum Mineiro de Enfermagem. A Enfermagem como protagonista na construção do cuidado em saúde, 9., 2016. Uberlândia. **Anais....** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2016. Disponível em:< <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/issue/viewFile/1415/119>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 9-25, mar. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

TALMELLI, L. F. S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 219-225, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/03.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TEIXEIRA, R., PEREIRA, G. M. Promoção da Saúde na doença oncológica: intervenção de redução do stress baseada no mindfulness. **Psychologica**, Coimbra, n. 50, p. 253-275, 2009. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16534/1/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20na%20doen%C3%A7a%20oncol%C3%B3gica.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

TOMOMITSU, M. R. S.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não-cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3429-3440, ago. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03429.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

TOSCANO, A. H. J., CUADRADO, G. M. J., RUIZ G. J. Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. **Revista Colombiana Psicología**, Bogotá, v. 19, n. 1, p. 71-84, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/13830/36673>. Acessado em: 27 de ago. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Unidade Saúde Escola. **Linhas de cuidado**. São Carlos: UFSC, 2013. Disponível em: <<http://www.use.ufscar.br/linhas-de-cuidado-use>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

VIEIRA, B. P. C. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.3, p. 570-579. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a23.pdf>>

VIZZACHI, A. B. et al. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 931-936, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0933.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, set. 2013.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a10.pdf>>. Acesso em: 30 de mai. 2018.

WASZCZUK, M. A. et al. A multivariate twin study of trait *Mindfulness*, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. **Depression and Anxiety**, New York, v. 32, n. 4, p. 254-261, 2015. Disponível em:<

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413043/pdf/da0032-0254.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

WHITEBIRD, R. R. et al. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 53, n. 1, p. 676-686, aug. 2013. Disponível em:<<https://doi.org/10.1093/geront/gns126>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WILLIAMS, M.; PENMAN, D. **Atenção Plena *Mindfulness***: como encontrar a paz em um mundo frenético. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression**. Geneva: WHO; 2018. Disponível em:<<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. **The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report)**. Pennsylvania State: University University Park (PA), 1987.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p.361-370, jun. 1983

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumentos de pesquisa

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS

NOME:

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes[0]	() atualmente um pouco menos[1]	() atualmente bem menos[2]	() não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo[3]	() boa parte do tempo[2]	() de vez em quando[1]	() raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
() nunca[3]	() poucas vezes[2]	() muitas vezes[1]	() a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre[0]	() muitas vezes[1]	() poucas vezes[2]	() nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre[3]	() muitas vezes[2]	() poucas vezes[1]	() nunca[0]

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]

12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]

Resultado:

Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13)

Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)

Score: 0 – 7 pontos: improvável

8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)

12 – 21 pontos: provável

Referências:

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, v. 67, n. 6, p.361-370, jun. 1983.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, out. 1995. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf> >.

Acesso em: 25 set. 2018.

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES ZARIT

Nome:

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

Instruções: a seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas, algumas, vezes sentem-se quando cuidam de outras pessoas. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o(a) senhor(a) sente-se daquela maneira.

Nunca (0)	Raramente (1)	Algumas vezes (2)	Frequentemente (3)	Sempre (4)
-----------	---------------	----------------------	-----------------------	------------

1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que ele precisa?	
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	
3. Sente-se nervoso quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	
4. Sente-se envergonhado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	
5. Sente-se irritado quando está perto do seu familiar?	
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	
10. Sente que a sua saúde está prejudicado por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo fato de estar cuidando seu familiar?	
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?	
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	
17. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	

18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR E IDOSO

Título do estudo: INTERVENÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA.

Pesquisador(es) responsável(is): Marília Graciela de Almeida P. Sanchez; Aline Cristina M. Gratão.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Gerontologia.

Telefone para contato com o pesquisador: (16) 3306-6670, (16) 999924824

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Efeitos da técnica de Atenção Plena (*Mindfulness*) para cuidadores familiares de idosos com demência”, que tem como objetivo investigar se a técnica contribui para a diminuição de sintomas depressivos bem como diminuição de sintomas ansiosos, depressivos, de sobrecarga e, além da melhora na qualidade de vida do cuidador familiar na Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar, na cidade de São Carlos. Busca-se também, descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de cuidadores familiares de idosos com demência. A sua participação é muito importante, pois esta intervenção é uma técnica de relaxamento que visa proporcionar bem-estar, conforto, tranquilidade e melhora da qualidade de vida para o(a) Sr(a).

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar por ser o cuidador familiar (com mais de 18 anos de idade) de idosos (60 anos ou mais) com diagnóstico de demência, que presta cuidado a mais de um ano, no domicílio, e será avaliado duas vezes, ou seja, antes e depois da intervenção ou Educação em Saúde, com um espaçamento de três meses entre cada avaliação. Os instrumentos de avaliação são questionários que o próprio pesquisador irá ler. Você participará das sessões (cuidador), ou grupo intervenção, ou do grupo controle, a ser definido pelo próprio pesquisador, em datas e horas a serem divulgadas posteriormente.

Para o grupo intervenção (Atenção Plena) serão aplicadas oito sessões, de uma hora cada uma, durante oito semanas, que consiste em oito encontros em que vocês (cuidador) vivenciará experiências que tragam encorajamento, com técnicas de respiração, relaxamento, ioga, meditação de sons e pensamentos, prática da meditação da amizade e reflexões sobre melhores escolhas, de modo que atividades que proporcionam prazer sejam viabilizadas. Para o grupo controle serão quatro sessões, de uma hora, por semana, com palestras educativas sobre temas relacionados a saúde, durante quatro semanas. O(a) Senhor(a) poderá ser selecionado para participar tanto da técnica (grupo intervenção) quanto da Educação em Saúde (grupo controle), e a participação será em grupo, ou seja, com mais outras pessoas iguais ao(a) Senhor(a). Ninguém saberá que o(a) Sr(a) está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas,

preservando o sigilo. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos e eventos científicos, mas sem identificar quem participou da pesquisa.

Destacando que a participação da pesquisa é voluntária, e que o (a) senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. O (a) senhor (a) terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, O consentimento para participação na pesquisa poderá ser retirado em qualquer momento, sem prejuízo.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O (a) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento, e não queremos causar desconforto algum, e caso ocorra, como cansaço (físico e/ou mental), angústia ou tristeza tentaremos resolver da melhor forma possível. Coloco-me à disposição para qualquer informação adicional. Esperamos merecer sua confiança

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSCar. Telefone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Nome do sujeito (idoso ou cuidador)

Assinatura do sujeito (idoso ou cuidador)

Assinatura do pesquisador

São Carlos, ____ de _____ de 20__

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Apresentação do Projeto no II Workshop *Mindfulness* and Nursing.



Centro de
mindfulness
e Terapias Integrativas



Certificado

Certificamos que *Marília Graciela De Almeida Sanchez* apresentou o trabalho intitulado **“Efeitos da Técnica de Atenção Plena sobre Estresse, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos com Demência e seus Cuidadores”** no **II Workshop Mindfulness and Nursing** promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental – GEPEMEN e pelo Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas da EERP/USP, realizado nos dias 17 e 18 de Agosto de 2017.

Profª Drª Edilaine Cristine da Silva Gherardi-Donato
Coordenadora do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas
Líder do GEPEMEN

Profª Drª Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Vice-Coordenadora do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas
Vice-Líder do GEPEMEN

ANEXO B – Certificado como ouvinte do Minicurso O Grupo Comunitário de Saúde Mental como Ferramenta de cuidado, no II Workshop *Mindfulness and Nursing*



Certificado



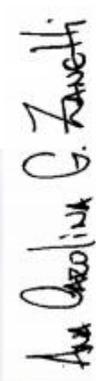
Centro de
mindfulness
e Terapias Integrativas

Certificamos que *Marília Graciela de Almeida Sanchez* participou na qualidade de **ouvinte do Minicurso O Grupo Comunitário de Saúde Mental como ferramenta de cuidado**, no **II Workshop Mindfulness and Nursing**, promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental – GEPEMEN e pelo Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas da EERP/USP, realizado nos dias 17 e 18 de Agosto de 2017, com carga horária de 3 horas.



Profª Drª Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato
Coordenadora do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas

Lider do GEPEMEN



Profª Drª Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Vice-Coordenadora do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas

Vice-Lider do GEPEMEN

79

ANEXO C– Certificado de Participação no Minicurso “Comendo com Atenção Plena: como cultivar uma relação de cura com o corpo e a comida”, no II *Workshop Mindfulness and Nursing*



Certificado

Certificamos que Marília Graciela de Almeida Sanchez participou do minicurso **“Comendo com atenção Plena: como cultivar uma relação de cura com o corpo e a comida”** do II **Workshop Mindfulness and Nursing**, promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental – GEPEMEN e pelo Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas da EERP/USP, realizado no dia 17 Agosto de 2017, com carga horária de 4 horas.

Profª Drª Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Coordenadora do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas
Líder do GEPEMEN

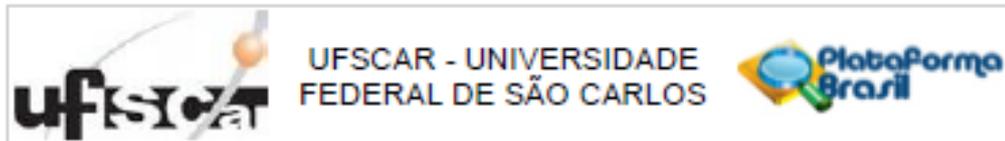
Profª Drª Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Vice-Coordenadora do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas
Vice-Líder do GEPEMEN

ANEXO D – Participação do Programa de 8 semanas de Mindfulness.



ANEXO E: Parecer Consubstanciado do CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO BASEADA EM MINDFULNESS SOBRE ESTRESSE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM DEMÊNCIA E SEUS CUIDADORES

Pesquisador: Aline Cristina Martins Gratão

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 76649417.2.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.592.713

Apresentação do Projeto:

A técnica de Atenção Plena (Mindfulness), conforme as recentes pesquisas apontam, possibilita diminuir os níveis de estresse, ansiedade, irritabilidade, e aumentar o vigor físico, sobrecarga e um subsequente e significativo aumento da qualidade de vida do paciente. Assim a pesquisa pretende investigar se a técnica da Atenção Plena (Mindfulness) contribui para a diminuição do estresse, depressão e sobrecarga, além da melhora na qualidade de vida do Idoso com Demência e seu cuidador. Trata-se de um estudo quase-experimental com grupo controle e avaliação pré e pós-intervenção. A pesquisa será realizada na Unidade Saúde Escola da UFSCar, situada em São Carlos, no Estado de São Paulo, com idosos com demências e seus cuidadores. As avaliações serão realizadas antes e depois da intervenção por meio de entrevista individual, em data e horário previamente agendados. Serão utilizados como instrumentos: BDI-II - Inventário de depressão de Beck; (2) GDS – Escala de Depressão Geriátrica; (3) ISSL – Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP; (4) WHOQOL-Bref – Avaliação de Qualidade de Vida e (5) Escala de Sobrecarga de Zarit. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e correlacional. Todos os cuidados éticos serão observados durante o processo de coleta e análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar e analisar os efeitos da Técnica de Atenção Plena em Idosos com Demência e seus cuidadores. Os Objetivos Secundários são: Descrever o perfil sociodemográfico de Idosos com

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-005
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-0883 E-mail: cep@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.592.713

Demência e seus cuidadores; Avaliar a depressão, níveis de estresse, sobrecarga e qualidade de vida de idosos com Doença de Demência e seus cuidadores antes e após a intervenção; Construir modelo de roteiro para aplicação da Técnica de Atenção Plena em grupo de idosos com Demência e seus cuidadores; Analisar se a técnica de Atenção Plena (Mindfulness) interfere no aumento de emoções positivas do idoso com Demência e no cuidador após a intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os proponentes resumem os riscos a "desconforto gerado por terem que expressar suas experiências e sentimentos e pela possibilidade de apresentarem cansaço (físico e/ou mental), angústia ou tristeza ao realizar a pesquisa". Esclarecem que os pesquisadores serão treinados a observarem essas situações e prontamente resolvê-las da melhor forma possível, encaminhando a profissionais colaboradores da pesquisa ou mesmo reaplicando orientações sempre que necessárias.

Em relação aos Benefícios, "estima-se resultados de impactos positivos na qualidade de vida do idoso com demência e na qualidade de vida de seu(s) cuidador(es), com principal diminuição/reversão dos quadros de estresse, sobrecarga e depressão. A pesquisa visa também trazer novidades para investigação da temática que envolve intervenções de práticas de relaxamento para a o aumento da qualidade de vida do idoso, bem como de do uso de práticas de intervenção que visem prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento. Por último, acredita-se que esse estudo poderá contribuir para o avanço das ciências que investigam a relação direta entre mente e corpo, entre estados da mente e doenças físicas, bem como a solução de problemas práticos do cotidiano de idosos com doenças relacionadas ao envelhecimento, tal qual a demência."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta tem relevância social e acadêmica para área da pesquisa e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto
- Projeto completo
- Informações básicas do projeto
- Autorização do local do estudo (USE/UFSCAR)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.592.713

- Termo de consentimento livre e esclarecido para idoso e cuidador

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta linguagem simples e adequada permitindo boa compreensão. Aborda, de maneira geral, os procedimentos e objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, assim como o entendimento sobre o caráter voluntário, gratuito e sigiloso da participação na pesquisa. A participação está condicionada à concordância dos participantes e seus responsáveis em participarem da pesquisa e assinatura do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado

Considerações Finais a critério do CEP:

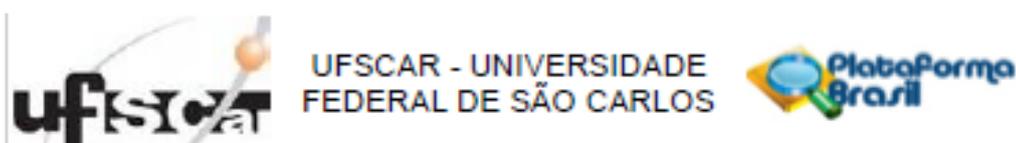
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_863572.pdf	20/03/2018 13:50:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoDOSOCUIDADOR E20marco2018.pdf	20/03/2018 11:54:22	Aline Cristina Martins Gratão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoamarilladez.pdf	19/12/2017 18:40:11	MARILIA GRACIELA DE ALMEIDA PRADO SANCHEZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoassentimenodez.pdf	19/12/2017 18:39:52	MARILIA GRACIELA DE ALMEIDA PRADO SANCHEZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER.pdf	13/09/2017 20:34:25	MARILIA GRACIELA DE ALMEIDA PRADO SANCHEZ	Aceito
Folha de Rosto	plataformabrasil.pdf	11/09/2017 15:25:42	MARILIA GRACIELA DE ALMEIDA PRADO SANCHEZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-005
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0883	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Processo: 2.592.713

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 11 de Abril de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0683 E-mail: cephumanos@ufscar.br