

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO DO CENTRO-OESTE**

ROSELY ALMEIDA SOUZA

**MINDFULNESS - INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR NA ASSISTÊNCIA
AOS IDOSOS**

CAMPO GRANDE-MS, 2021

ROSELY ALMEIDA SOUZA

**MINDFULNESS - INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR NA ASSISTÊNCIA AOS
IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Linha de pesquisa: Radiações e procedimentos físicos diagnósticos e terapêuticos em saúde.

Orientador: Dr^o Adriano Menis Ferreira

Coorientadora: Dr^a Marcia Regina Martins Alvarenga

CAMPO GRANDE-MS, 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos
antigos, os novos e os futuros idosos

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, e por toda conexão estabelecida para ter sempre em meu caminho pessoas de luz;

Aos meus pais, Severino de Almeida Souza e Maria Aparecida dos Santos Souza pelo alicerce de amor e carinho;

Às minhas irmãs, Neusely de Almeida Souza Kato e Ligia de Almeida Souza pela cumplicidade e afeto;

Ao meu marido, Gutemberg Lopes Aquino pelos melhores momentos e por todo o auxílio para concretização desse estudo;

Ao meu filho Matheus Lopes Aquino, por iluminar minha vida e com suas descobertas me ensinar diariamente sobre Atenção Plena

Agradeço ao meu orientador, Adriano Menis Ferreira por todo apoio, conhecimento, por me conduzir com seus ensinamentos, com paciência, compreensão e sabedoria, mesmo diante das adversidades que o tema apresentava;

À minha coorientadora, Marcia Regina Martins Alvarenga, gratidão por me inserir no mundo da pesquisa desde a graduação, me auxiliando com dedicação, disponibilidade e conhecimento. Seu amor aos idosos me inspirou a buscar conhecimento sobre o passado, presente e futuro dos longevos. Obrigada pela amizade e por toda ajuda para concretização desse estudo;

À minha amiga e facilitadora desse estudo, Ordylete Gomes Penque por todos os ensinamentos, questionamentos, paciência e momentos compartilhados. Sem você esse projeto não seria possível;

Aos constituintes da Banca Examinadora, que muito contribuíram com sugestões e estímulos e se dispuseram a participar da avaliação deste trabalho.

Às enfermeiras que auxiliaram durante a coleta de dados, Sydilaine Nascimento Dias e Bárbara Araújo, também o psicólogo Carlos Arturo Valiente Filho, pela disponibilidade em ajudar quando necessário;

À minha amiga e enfermeira, Adaiete Lucia Nogueira Vieira da Silva, a quem puder recorrer em momentos de alegria e tristeza desde o início desse estudo;

Aos idosos, que acreditaram, confiaram e se dispuseram a participar desse estudo.

A todos, muito obrigada!

EPÍGRAFE

O tempo é uma ilusão (Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde da pessoa idosa envolve uma gama de conhecimentos em gerontologia que subsidie ações que melhorem o bem-estar e a qualidade de vida desta parcela da população, sendo pertinente empregar esforços na investigação de práticas complementares que sejam mais um recurso para o cuidado.

Objetivo: Analisar os efeitos da intervenção Mindfulness sobre os sintomas depressivos, estado mental e atenção consciente em pessoas idosas. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado, com análise quantitativa dos dados. Participaram desse estudo 34 idosos com 60 anos e mais, de ambos os sexos residentes em Dourados, MS. Para avaliação foram utilizados: questionário sociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Mini exame do Estado Mental (MEEM), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) e a intervenção proposta foi o protocolo de Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP). A análise descritiva foi realizada pelo cálculo de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Foi realizado teste t para amostras pareadas na comparação do instrumento EDG, MEEM, MAAS antes e após a intervenção. Utilizou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA) com teste de comparação múltipla de Tukey post-hoc para comparação dos instrumentos em relação às variáveis de caracterização amostral com mais de 2 níveis. Aplicou-se o teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores do instrumento com as variáveis contínuas de caracterização amostral. Foi adotado nível de significância de 5%. Todos os procedimentos éticos foram seguidos. **Resultados:** A maioria dos idosos que participou do curso era do sexo feminino, casada, católica, com média de idade 66,21 anos. Não foram encontradas diferenças significativas nos escores de sintomas depressivos após a intervenção de Mindfulness. O teste de correlação mostrou que quanto maior a escolaridade menor são os escores de sintomas depressivos. Houve diferenças significativas ($p=0,014$) nos escores do MAAS quando comparados à situação anterior a intervenção e diferenças significativas, no escore MAAS com a variável atividade econômica inativo ($p=0,044$). Verificaram-se diferenças significativas nos escores do MEEM, evidenciando que o escore foi significativamente superior no pós-intervenção. **Conclusão:** Tais achados sugerem que uma breve intervenção de 8 semanas pode ser útil para idosos como medida de promoção da saúde, pois proporcionam meios para que os idosos consigam manejar problemas estressantes, assim como, administrar ou perceber quando as emoções oriundas de situações desestabilizadoras da vida estão afetando os padrões psicológicos e físicos. Manter a preservação da função cognitiva em idosos, seja por Mindfulness ou outra prática integrativa complementar é algo de extrema importância para manter sua independência e melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chave: atenção plena, idoso, depressão, cognição

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MAAS – Mindful Attention Awareness Scale

MBHP – Mindfulness-Based Health Promotion

GPENSI – Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso

OMS – Organização Mundial da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

SUS – Sistema Único de Saúde

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Distribution of the studies according to database, authors, country and year, goals, methodological description, main results, and level of evidence – Campo Grande, MS, Brazil, 2018.....57

ARTIGO 2

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. Dourados, MS, Brasil, 2020.....65

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos escores de EDG em relação às variáveis de caracterização amostral. Dourados, MS, Brasil, 2020.....66

Tabela 3 - Coeficientes de correlação de Spearman (valor de p) do escore EDG em relação às variáveis de caracterização amostral contínuas. Dourados, MS, Brasil, 2020.....67

ARTIGO 3

Tabela 1 - Estatísticas descritivas dos escores de MAAS em relação às variáveis de caracterização amostral. Dourados, MS, Brasil, 2020.....80

Tabela 2 - Coeficientes de correlação de Spearman (valor P) do escore MAAS em relação às variáveis de caracterização amostral contínuas. Dourados, MS, Brasil, 2020.....81

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos escores de MAAS antes e após a intervenção com os idosos avaliados no estudo. Dourados, MS, Brasil, 2020.....81

ARTIGO 4

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. Dourados, MS, Brasil, 2021.....91

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos escores de MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral antes da intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.....92

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos escores de MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral após intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.....93

Tabela 4 - Coeficientes de correlação de Spearman (valor de p) do escore MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral contínuas. Dourados, MS, Brasil, 2021.....94

Tabela 5 - Estatísticas descritivas dos escores de MEEM antes e após a intervenção com os idosos avaliados no estudo. Dourados, MS, Brasil, 2021.....94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do município de Dourados.....	35
Figura 2 – Fases da intervenção do estudo.....	41

ARTIGO 1

Figure 1– Identification and selection flowchart of the studies – Campo Grande, MS.....	56
---	----

ARTIGO 2

Figura 1– Correlação entre o escore EDG e a escolaridade Dourados, MS, Brasil, 2021.....	68
--	----

ARTIGO 3

Figura 1– Intervalos de confiança dos escores MAAS em relação à intervenção realizada com os pacientes do estudo Dourados, MS, Brasil, 2020.....	82
--	----

ARTIGO 4

Figura 1 – Gráfico de intervalos de confiança para os escores MEEM antes e após a intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.....	95
--	----

APRESENTAÇÃO

Esta investigação integra os estudos vinculados ao grupo de pesquisa cadastrado no CNPq, *Necessidades da Saúde do Idoso - GPENSI*, coordenado pela Prof^a. Marcia Regina Martins Alvarenga, que estão sendo realizados em Mato Grosso do Sul, na cidade de Dourados.

A origem dos estudos subsequentes e da formação do GEPENSI iniciou-se após 2008 com a conclusão da tese de Doutorado de Márcia Regina Martins Alvarenga. O estudo abrangeu as Estratégias da Saúde da Família (ESF), da área urbana, de Dourados e entrevistou uma amostra de 503 idosos, identificando informações primordiais para avaliação da saúde e capacidade funcional dos idosos (ALVARENGA, 2008).

Dentre os principais resultados, identificou-se 173 (34,4%) idosos com sintomas depressivos, entre esses, 158 (91,3%) com sintomas leves e 15 (8,7%), com sintomas graves. As variáveis socioeconômicas e demográficas que se associaram significativamente à presença de sintomas depressivos foram inatividade econômica, baixa renda, condições precárias de moradia, falta de participação social e de prática religiosa (ALVARENGA, 2008).

Após um período de 24 meses, uma investigação longitudinal intitulada “*Avaliação e acompanhamento do quadro emocional de idosos assistidos na Atenção Básica*”, financiado pelo CNPq, entrevistou os mesmos 173 idosos. Verificou-se, ao serem reavaliados em 2009 e 2010, que 20 (11,6%) haviam falecido, 36 (20,8%) haviam mudado de endereço e 12 (6,9%) não foram encontrados (SOUZA, 2010).

Somente 105 (60,6%) idosos puderam ser entrevistados e 104 (60,1%) responderam à Escala de Depressão Geriátrica. Apenas um não conseguiu respondê-la, devido a sequela de acidente vascular encefálico (AVE). Dos 104 idosos investigados, (67,3%) continuavam a apresentar sintomas depressivos em grau leve, moderado e grave e não tiveram nenhuma assistência por parte das equipes de saúde mesmo tendo sido alertados da gravidade dos casos (SOUZA, 2010).

Em 2013, foi concluído o estudo intitulado *Vulnerabilidade Social e Funcionalidade Familiar de Idosos com Sintomas Depressivos* realizados também em Dourados pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tendo como

objetivo avaliar a associação entre sintomas depressivos em idosos, vulnerabilidade Social da família e funcionalidade familiar (SOUZA, 2013).

Os resultados evidenciaram associação entre sintomas depressivos e disfunção familiar, sexo feminino, quatro e mais pessoas residindo no domicílio e inatividade física. As famílias de idosos com sintomas depressivos possuíam baixa escolaridade entre os indivíduos com idade superior a 20 anos e alta taxa de analfabetismo entre os idosos, além disso, identificou-se 95 famílias em situação de vulnerabilidade grave e 2 famílias em situação de vulnerabilidade muito grave (SOUZA et al., 2015).

Esta investigação tem o intuito de avançar em relação à assistência aos idosos de um modo geral, apresentando uma temática relevante que tem sido cada vez mais integrada à prática clínica contemporânea. Volta-se especificamente para uma estimulação com vista a somar esforços nessa temática por meio de um programa de intervenção baseada em Mindfulness.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
APRESENTAÇÃO.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 O processo de envelhecimento.....	16
2.2 Depressão.....	21
2.3 Memória e demência.....	24
2.4 Intervenções complementares em saúde e Mindfulness.....	27
2.4.1 Mindfulness.....	30
3. OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo geral.....	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4. MÉTODO.....	34
4.1. Tipo de estudo.....	34
4.2. Local do estudo.....	35
4.3. População-alvo e amostra.....	36
4.4. Elegibilidade para a amostra.....	36
4.4.1. Critérios de inclusão.....	36
4.4.2 Critérios de exclusão.....	37
4.5 Variáveis do estudo e descrição dos instrumentos de coleta de dados.....	37
4.5.1 Variáveis independentes.....	37
4.5.2 Variáveis dependentes.....	38
4.6 Aspectos éticos.....	40
4.7 Etapas da pesquisa.....	40
4.8. Tratamento estatístico.....	42
5. RESULTADOS.....	42
6. CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	54
APÊNDICE I - ARTIGO 1.....	54
APÊNDICE II - ARTIGO 2.....	61
APÊNDICE III - ARTIGO 3.....	76
APÊNDICE IV ARTIGO 4.....	88
APÊNDICE V INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	101
APÊNDICE VI TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
ANEXOS.....	104
ANEXO I PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	104
ANEXO II AUTORIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL DE DOURADOS.....	109
ANEXO III ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	110
ANEXO IV MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM.....	111
ANEXO V ESCALA DE ATENÇÃO PLENA E CONSCIÊNCIA – MAAS.....	112

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem ocorrido discussões acerca do aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas. Tais fenômenos justificam-se pelos avanços na área da saúde que trouxeram contribuições importantes quanto às doenças endêmicas e melhores condições de vida. Por outro lado, as disparidades socioeconômicas, o aprimoramento de tecnologias com interesses capitalistas impulsionando para o consumo excessivo de alimentos processados e deficitários em micronutrientes, somado ao sedentarismo tem agregado à população doenças cardíacas, obesidade, diabetes, estresse, perturbações neurocognitivas, e depressão (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Entre as doenças crônicas que influenciam na qualidade de vida dos idosos estão as demências, condição que provoca declínio na função cerebral. O tipo mais comum de demência é a doença de Alzheimer, seu comprometimento é progressivo e atinge funções da memória, compreensão, linguagem, atenção e raciocínio. Estima-se que a prevalência global de demência seja de 24 milhões podendo aumentar para 96 milhões até o ano de 2050 (KUMAR et al., 2020). Na América Latina, por haver poucas informações epidemiológicas disponíveis a estimativa de prevalência de demência encontrada por Sanchez (2019), foi de 11% entre a população idosa.

No Brasil, um inquérito transversal realizado no município de Tremembé-SP encontrou taxas de prevalência de 17,5% (intervalo de confiança de 95%, 14,6 - 20,6) para demência e 19,5% (intervalo de confiança de 95%, 16,6 - 22,8) para comprometimento cognitivo sem demência em idosos. Em um ambulatório de neurologia de Curitiba-PR, a prevalência foi de 3% aos 70 anos e 25% aos 85 anos predominando no sexo feminino (SOUZA, 2019; CÉZAR et al., 2016).

As perturbações neurocognitivas incluem um conjunto de perdas das funções cerebrais e representam um declínio em relação ao nível prévio de funcionamento cerebral. Para o idoso, o declínio da função cognitiva acarreta uma sobrecarga a nível familiar que culmina frequentemente na sua hospitalização (GIL et al., 2018).

Muitos fatores influenciam de forma negativa a cognição como a falta de atividade física, doenças preexistentes, uso de álcool ou drogas, e o baixo nível de escolaridade. Porém, existem formas de influenciar positivamente a cognição por meio da interação social, prática regular de atividade física e principalmente a estimulação intelectual. Assim, apesar de poucas evidências de proteção contra as demências é recomendado manter-se cognitiva, física e socialmente ativo tanto na meia-idade quanto na idade avançada (LIVINGSTON et al., 2020).

Para somar com as perturbações cognitivas tem-se a depressão que pode ser tanto um fator de risco para as demências como pode agravar o quadro da demência instalada. A depressão se destaca por estabelecer uma relação negativa com as demais doenças preexistentes, e por

potencializar o risco de suicídio. Estima-se que 350 milhões de pessoas no mundo convivam com a depressão e diante da gravidade a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2017 a campanha “Depression Let’s talk” pelo aumento exponencial de casos de depressão no mundo (WHO, 2017a).

Estudo realizado com 185 idosos com sintomas depressivos, participantes de centros e grupos de convivência no município de Petrolina, Pernambuco, observou que a ocorrência de sintomas depressivos em idosos ativos foi de 36,2%, associada ao sexo masculino e à percepção ruim de saúde (SILVA et al., 2019).

Quanto aos idosos que são assistidos pela atenção primária, um estudo transversal no Oeste Catarinense com 122 idosos mostrou que 61,5% possuem características depressivas categorizadas entre leve e moderada. Esse mesmo estudo mostrou que as relações sociais são fatores de prevenção para saúde física e mental no processo de envelhecimento impactando positivamente na qualidade de vida (GATO et al., 2018).

O idoso com depressão pode manifestar anormalidades no desempenho cognitivo como déficit de memória e atenção, o que torna ainda mais vulnerável e frágil. Além disso, a depressão tem um impacto negativo na saúde física e psicológica do idoso e isso influencia no tempo de internação é o que mostrou um estudo com idosos admitidos em um programa de reabilitação cardíaca (PANZERI et al., 2021; DONAVAN et al., 2017).

Tais situações estabelecem a necessidade de se buscar a melhor forma de prevenir esses agravos ou de contornar o problema já instalado. A atual prestação de serviço de saúde fragmenta a atenção ao idoso com multiplicação de consultas de especialidades, informações não compartilhadas, inúmeros fármacos e pouco foco na real necessidade de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Tanto na atenção primária quanto na secundária se sobressai o tratamento farmacológico na depressão em idosos e apesar da necessidade do seu uso, existem riscos para sua utilização. Interações medicamentosas, sonolência, diminuição dos reflexos motores, hipotensão postural, alterações da consciência são algumas das possíveis consequências. Para o uso racional nessa população, é importante que o idoso seja acompanhado pela equipe de saúde para que os profissionais que lá atuam possam conhecer a capacidade funcional do idoso, e implementar um plano de acompanhamento individualizado (FILARDI et al., 2019).

Por outro lado, em vários países desenvolvidos ou não, têm-se obtido resultados significativos com intervenções terapêuticas complementares no tratamento da depressão em idosos, bem como na estimulação cognitiva. Em Londres, um estudo realizado, com adultos e idosos com diagnóstico de depressão, testou os efeitos da atenção plena e de uma intervenção de relaxamento de imaginação guiada. Os resultados indicaram ganhos significativos na redução dos

sintomas pela atenção plena, desde que se mantenham em prática para poder distanciar-se de padrões negativos de pensamentos (COSTA; BARNHOFER, 2016).

Na Índia, um programa terapêutico do ambulatório de saúde mental de Bangalore selecionou pacientes idosos com depressão para implementar uma terapia cognitiva baseada em Mindfulness. Após oito semanas, obteve-se melhora clinicamente significativa na gravidade da depressão e na qualidade de vida geral e aumento das habilidades de atenção plena (MATHUR; SHARMA; BHARATH, 2016).

Estudo em duas clínicas de saúde primária de Gotemburgo na Suécia examinou a eficácia da terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT) em pacientes idosos com depressão recorrente. A análise após a intervenção, revelou redução dos sintomas depressivos, aumento da qualidade de vida e do nível de atenção plena, além disso, os efeitos foram mantidos por mais de 14 meses (LILJA et al., 2016).

Pesquisas sobre intervenções baseadas em Mindfulness dirigidas a idosos ainda são escassas, no entanto, esta prática consolida uma abordagem para prevenção de distúrbios de ansiedade, estresse, dor e depressão que podem ser gerenciadas pela Atenção Primária (SOUZA et al., 2019).

A Atenção Primária constitui um espaço privilegiado para a promoção do envelhecimento saudável e a busca de tratamentos alternativos pode ser decisiva no enfrentamento dos agravos na saúde dos idosos.

Nesse contexto, anseia-se, nesse estudo, conhecer os efeitos de Mindfulness almejando contribuir para novas modalidades de assistência para os idosos.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 O processo de envelhecimento

Sob a visão biológica, o envelhecimento ocorre a partir de uma série de processos químicos, responsáveis pela regulação da saúde celular. Cada célula é controlada em vários pontos de sua estrutura, por etapas que envolvem a organização dos cromossomos, regulação transcricional, importação nuclear, reciclagem de organelas, manutenção do citoesqueleto e matriz extracelular (GILBERT, 2019).

Em cada uma dessas etapas, cada sistema recebe informações que controlam o envelhecimento da célula e uma das características que identificam uma célula em envelhecimento é a quantidade de dano acumulado ou sofrido e a ineficácia dela. Seja qual for a intervenção para

retardar esse processo, ele acontecerá independente da vontade de quem envelhece (BORSON; ROMANO, 2020).

Dardengo e Mafra (2018) reiteram que envelhecimento é um processo natural e dinâmico que ocorre com todos os seres, enquanto velhice é uma invenção social que perpassa questões cronológicas, sociais, econômicas, culturais, histórica e política. Falcão e Carvalho (2016) argumentam que o principal problema conceitual é que existe uma crença de que a velhice está associada à debilidade física e mental, mesmo diante de vários idosos saudáveis, demonstrando que há vários modelos de envelhecimento.

Segundo Abreu (2017), sempre houve classificações das fases da vida em todas as épocas, mas foi a partir dos séculos XIX e XX que essas passaram a ter um significado diferente. Sistemas dominantes e áreas de conhecimento como, por exemplo, a psicologia, a geriatria, gerontologia, foram inserindo saberes e práticas que geraram classificações como a primeira infância, adolescência, maturidade, velhice, terceira idade, melhor idade, entre outros. Também definiram o que compete para cada faixa etária ou o que é adequado socialmente para cada uma, como, por exemplo, o período para se aposentar.

Nesse contexto, surgem as polaridades em cada classificação etária, elegendo a juventude e a infância como o topo da essência e plenitude humana, enquanto a velhice é vista como um declínio, o estágio que todos não querem pensar nem vivenciar, pois, não se encaixam no ideal estético promovido pela sociedade em massa. E, como resultado, se prescreve que não se deve perder o ideal de ser jovem, até mesmo na aparência, e assim, as marcas da terceira idade são polidas com práticas bioascéticas visando à procura da saúde e do corpo perfeito, bem como da longevidade (SOUZA, 2017).

Como um processo cíclico de transformação, nessa fase da vida, se perde a beleza, a capacidade produtiva, a capacidade física e psíquica e de controle do seu próprio corpo. Weinred e Vidal (2020) destacam que tanto a aparência como as percepções sobre o envelhecimento não seguem uma linha temporal, há momentos em que os idosos se sentem jovens e em outros se sentem com idade superior à sua, e o que mais influencia e impacta nesse processo são os valores, percepções e julgamentos negativos da sociedade.

Silva, Turra e Chariglione (2018) chamam a atenção para um processo de mudança importante dessa fase, a aposentadoria. Alguns idosos chegam a esse momento sem um planejamento prévio para afazeres futuros, outros pelo contexto de trabalho chegam a essa fase com dificuldades econômicas que no que lhes concernem, acentua ainda mais a situação de vulnerabilidade social, outros sofrem por não conseguirem manter um suporte social adequado.

Cabe destacar que, no ato de se aposentar, ocorre uma ruptura do indivíduo com seu ambiente de trabalho e também com suas construções sociais, por exemplo, em seu bairro o

indivíduo é conhecido como o policial, o gerente do banco etc. Este rompimento com a função afetará a sua identidade pessoal nos aspectos que foram moldados dos relacionamentos e é por isso que alguns idosos optam em continuar trabalhando ou buscando alternativas de engajamento social que repercutam em satisfação para sua vida (HERDY, 2020).

Quanto as alterações de saúde, surge a culpabilização do indivíduo como sendo ele o responsável pelo envelhecimento insatisfatório atribuindo-lhe a responsabilidade pelos próprios agravos, proveniente de comportamentos inadequados ao longo de sua existência, como se fosse algo de sua escolha, eximindo a responsabilidade e deveres sociais das instituições públicas ao longo da vida para com os cidadãos (MORAES et al., 2016).

A modernidade e a tecnologia criaram um cenário oportuno para os mais jovens buscarem conhecimento na Internet e pouco se interessam nas tradições orais, eliminando a posição dos idosos de serem transmissores do conhecimento e da sabedoria cultural. No entanto, o idoso é detentor do conhecimento passado, da cultura, tem a importância de unir o passado ao presente e prever o futuro. Possui toda vivência e experiência para aconselhar e direcionar dentro de sua área de conhecimento (MARQUET et al., 2016).

Do ponto de vista profissional, o idoso é o indivíduo preparado para evitar erros. Entretanto, o cenário atual é excludente e posiciona-o distante de todo o contexto que antes fizera parte. Com o passar da idade diminuem as chances e as oportunidades de demonstrar suas potencialidades no mercado de trabalho. E mesmo que seja importante se manter em atividade para um autoconceito positivo, existem limitações como, por exemplo a doença, o declínio físico e mental e também situações anteriores a velhice como as relações estabelecidas, e habilidades para o desempenho de outros papéis (RODRIGUES, 2016).

Assim, seus conhecimentos são perdidos através de preconceitos e opressão que facilmente se instalam em seus pensamentos e são carregados e introjetados nesse caminho do envelhecer.

Outras situações que de forma negativa transcorrem o caminho do envelhecer são a violência, a negligência e os abusos. Algumas vezes, elas se apresentam de forma brutal, outras de forma discreta. Curcio et al. (2019) colocam em evidência a negligência familiar, 15,1% dos idosos na Colômbia relataram algum abuso e mais de 50% relataram mais de uma forma de abuso. A proporção é maior em mulheres, com níveis de educação baixa, que residem sozinhos, que moram com filhos e que vivem em áreas urbanas. A forma de abuso que se destaca é a psicológica seguida do abandono. O estudo revelou ainda que a dependência de atividades básicas e instrumentais da vida diária aumenta a probabilidade de o idoso sofrer alguma agressão.

No Brasil, uma revisão integrativa mostrou que em relação aos maus tratos contra a pessoa idosa, eles são na maioria das vezes perpetrados em sua própria residência, acometendo principalmente o sexo feminino. Entre as principais violências sofridas por essa população (28%)

são psicológicas, (28%) físicas, (12%) financeiras, (12%) outros tipos de violência, (20%) não foram descritas (LOPES et al., 2018).

De forma discreta, temos a violência institucional que é praticada por órgãos e agentes públicos que deveriam responder pelo cuidado, proteção e defesa dos cidadãos. No setor saúde, Ladeia, Mourão e Melo (2016) informam que essa categoria de violência é comum e se manifesta através de negligência, violência verbal como tratamento grosseiro e não alívio da dor, também pela dificuldade de acesso aos serviços e peregrinações em busca de atendimento. Os autores destacam que, os sinais dessa violência são tão sutis que não são reconhecidos pelos sujeitos e familiares e pela relação hierárquica de dominação os sujeitos acabam se submetendo a tal situação e carregam consigo as consequências físicas e psicológicas.

A família tem um papel fundamental e determinante na vida do idoso, isso porque, à medida que alguém envelhece o núcleo familiar vai se modificando, e as disfuncionalidades vão ficando mais expressivas. Compreende-se por família disfuncional aquela que não cumpre suas funções conforme a etapa do ciclo de vida. Mudanças de sentimentos no contexto familiar afetam a saúde de seus membros e principalmente são fatores significantes na manutenção da moral e satisfação da vida, e nesse ambiente de convívio o essencial é que cada membro da família seja aceito e compreendido como importante no sistema familiar (DUARTE; DOMINGUES, 2020).

Para Silveira et al. (2018), é na velhice que os conflitos se sobressaem ou são expostos e, para isso, são necessárias adaptações constantes tanto do idoso quanto da família. Reis et al. (2017) ressaltam que cada família é única e passa por várias crises e sente-as de maneira particular. Na presença de uma doença crônica, por exemplo, todos são atingidos e cada membro da família reage de uma forma inesperada. Uns desenvolvem atitudes de superação, outros não assumem nenhuma responsabilidade sobre o outro devido ao sofrimento mútuo e ainda há aqueles em que a relação acontece sem envolvimento harmonioso entre ambos. Todos esses exemplos, quando não são bem resolvidos, desencadeiam sentimento de frustração para os envolvidos.

As diferentes famílias – sejam elas pobres, ricas, funcionais ou disfuncionais, determinam positiva ou negativamente toda experiência do que envolve o envelhecer. Segundo Araújo, Castro e Santos (2018), muitas famílias ressignificam o idoso em seu núcleo familiar como alguém que precisa de muitos cuidados, necessitando sempre de supervisão e, muitas vezes essas, atitudes fazem com que o idoso perca o poder de decisão sobre sua própria vida. Para outras, a imagem do “velho” é construída pela própria família antes mesmo do próprio idoso.

A falta de comunicação é um dos problemas importantes no núcleo familiar. A perda gradual da audição agrava quando a comunicação não é efetiva e pode prejudicar as relações familiares (RIBEIRO et al., 2021). Cabe ressaltar que, para o idoso, a comunicação compreende a relação de

interação pessoal, que remetem a sentimentos, como carinho, partilha e momentos de bem-estar, em que um indivíduo compartilha a informação com o outro (SANTOS et al., 2019).

Atualmente, o mundo todo se beneficia dos avanços tecnológicos para comunicar-se com mais facilidade e rapidez. Para alguns idosos Casadei, Bennemann e Lucena (2019) destacam que as tecnologias de comunicação têm contribuído para eles poderem se comunicar com seus familiares distantes, ter acesso ao conhecimento, opção de lazer, estímulo cognitivo e alteração da perspectiva de isolamento.

Mas, geralmente, os idosos que utilizam com frequência essas tecnologias são aqueles com maior poder aquisitivo e escolaridade e, em contrapartida, existe outra parcela da população em idade avançada que não tem tanta familiaridade com o uso de celulares e equipamentos mais avançados, redes sociais virtuais, entre outras tecnologias de informação e comunicação. Muitos dos que utilizam, necessitam constantemente de ajuda de seus familiares para o uso dos equipamentos, do tempo do familiar para sanar dúvidas, dos equipamentos e da ajuda financeira para terem acesso à *internet*, e todas essas situações geram sentimentos de incapacidade, frustração para esses idosos quando não atendidos em suas necessidades (MAISSIAT; BIAZUS, 2016).

Os distúrbios do sono também são um agravante, pois a necessidade de horas de sono diminui e é comum para o idoso não entender esse processo de mudança e o fato de não aceitar é convertido em queixas aos familiares que não compreendem esse processo. Além disso, a qualidade do sono repercute no humor e comportamento social (DINIZ et al., 2020). Segundo Ribeiro et al. (2020), os principais fatores considerados influenciadores da dificuldade de dormir em adultos e idosos são, a quantidade de medicamento utilizado durante o dia, deficiência visual, auditiva e isolamento social.

O familiar ou cuidador, em uma atitude de cuidado ou percepção das condições de saúde do idoso, leva-o a uma maior procura por acompanhamento médico, resultando em uma maior prescrição e consumo de medicamentos por esses idosos. O excesso de medicamentos provoca uma necessidade de organização familiar, tanto financeira, quanto pessoal e que acaba gerando processos deletérios para todos, justamente por na maioria das vezes precisar da ajuda dos demais membros, além de outras situações causadas pelo desfecho indesejável dos vários medicamentos utilizados (ALMEIDA et al., 2017).

Além dessa problemática, existem situações em que o idoso possui alguma doença mental, e essa condição se torna um agravante do relacionamento familiar. A família passa a demonstrar vergonha, tristeza, piedade, constrangimento, agressividade e todos esses sentimentos são formados a partir do que a sociedade projeta como adequado e a família reproduz como tal. Para

o idoso, receber esses sentimentos gera traumas profundos e a principal reação é a autorrecriação e a culpa (SILVEIRA et al., 2018).

Histórica e predominantemente, a mulher é designada para o cuidado ao idoso e esse papel, quando não aceito de forma positiva, pode impactar diretamente na relação entre ambos. Esse ato de cuidado quando não pródigo expõe ambos a depressão, a estados emocionais negativos, sofrimento físico e mental, desorganização da vida pessoal e vulnerabilidade a diversas doenças (FERREIRA; ISAAC; XIMENES, 2018).

A dificuldade de aceitação da elaboração da morte também é algo de conflito interno para todos. O idoso por estar mais próximo da morte sente a necessidade de falar sobre o assunto por medo, ansiedade, e o familiar por não querer aceitar e por estar distante acaba interrompendo essa conversa com a simples ideia de que isso é negativo (SILVA et al., 2018).

Uma pesquisa realizada no Brasil e em Portugal questionou os idosos sobre a preocupação com a morte e evidenciou que apesar de não saber ao certo se eles sofrem com a aproximação da morte, o maior medo está relacionado ao período que a antecede, ou seja, a qualidade de vida que terá antes de morrer. A preocupação se dá no sofrimento e não no evento em questão, o que mostra a necessidade de conversas, reflexões sobre esse assunto entre o idoso e o familiar em busca de formas positivas de lidar com essa angústia (ERMEL et al., 2017).

Nessa direção, a contextualização realizada demonstra que o envelhecimento apesar de seus aspectos individuais, resulta da integração dos potenciais de desgastes e fortalecimento que ocorrem ao longo da vida. Nesse sentido a forma como o idoso vive e sua qualidade de vida nos últimos anos de sua vida são condições determinantes nesse processo (TÓTORA, 2017).

Também condições de vida de trabalho, condições sociais, econômicas, culturais, étnicas, e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde físicos e psicológicos no idoso como, por exemplo, a depressão (SCHENKER; COSTA, 2019).

2.2 Depressão

A depressão é uma doença real, que gera sofrimento intenso e silencioso. As diferentes formas de apresentação, tornam difícil seu diagnóstico, sendo de fácil compreensão e identificação apenas em suas manifestações graves. Suas expressões são compartilhadas com diversas outras doenças psiquiátricas e médicas, tais como borderline e alcoolismo, portanto, sua definição baseia-se em um conjunto de sinais e sintomas que se repetem em curto espaço de tempo, causando impactos significativos na vida dos indivíduos (MALHI; MANN, 2018).

De forma científica, é caracterizada pela tristeza, abatimento e desgastes de viver. É trajada também como um transtorno do humor, constituída por uma experiência subjetiva de grande

sofrimento, acompanhada de perda de energia e de interesse, sentimento de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite, modificações no sono e na atividade sexual, evoluindo para pensamentos suicidas (CAMPOS; FEITOSA, 2018).

É considerada grave quando existe a presença de três sintomas fundamentais, (humor deprimido ou irritável; interesse ou prazer diminuídos; perda ou ganho significativo de peso; diminuição ou aumento de apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; pensamentos de morte recorrentes ou plano/ tentativa suicida) com duração de, pelo menos, duas semanas, interferindo diretamente na dinâmica de sua vida diária (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Existem sintomas que fogem do esperado e são categorizados como atípicos por apresentar ganho de peso, apetite e sono aumentados e reatividade de humor até mesmo em situações agradáveis. Embora os sinais iniciais da depressão iniciem a partir de vulnerabilidades afetivas, sociais, econômicas, em sua maioria é causada por modificações nos mediadores bioquímicos, e de forma secundária apresenta alterações no humor ou afeto ocasionados por alterações e carências orgânicas físicas e principalmente a nível cerebral (CAMPOS; FEITOSA, 2018).

Na idade média, a depressão chegou a ser confundida com um dos sete pecados capitais a “preguiça” e até os dias atuais líderes religiosos dispõem-se a esclarecer o conceito e tratar como uma alteração a nível espiritual. Sob a visão da psicologia, dois grandes pesquisadores influenciaram na definição do conceito sem desconsiderar os aspectos biológicos envolvidos, foram eles Sigmund Freud e Adolf Meyer. Para Freud, a depressão é um produto de eventos passados, relacionados à infância e à perda do objeto do amor. Meyer acreditava que a depressão ocorria e se apresentava de diferentes formas em cada indivíduo, e era causada por uma reação ao estresse atual e a problemas de ajustamento no passado (QUEVEDO; NARDI; SILVA, 2019).

Na população idosa, a Organização Mundial de Saúde estima que a proporção de depressão fica em torno de 8% e considera essa doença um marcador de incapacidades, visto que a depressão agrava outras patologias preexistentes, e acaba levando a um funcionamento deficiente na vida diária (WHO, 2017 b, c).

Na presença de comorbidade como a diabetes, a prevalência de sintomas depressivos na população idosa chega a 28% (IC95%: 27,29) e quando estratificada por sexo as mulheres se sobressaem com 34% (IC95%: 31,38) enquanto os homens 23% (IC95%: 20,26), é o que mostrou uma meta-análise de estudos observacionais (KHALEDI et al., 2019).

Estudo de base populacional realizado na Suécia com adultos entre 60 e 104 anos, evidenciou que a prevalência de depressão conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), Manual Diagnóstico e estatístico de

transtornos mentais (DSM-IV), Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery- Asberg (MADRS), Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e escala de autorrelato foi de 4,2%, 9,3%, 10,6%, 9,2% e 9,1% respectivamente (SJÖBERG et al., 2017).

Estudo realizado em Santa Catarina verificou a prevalência e os fatores associados a ocorrência de depressão entre idosos residentes nas áreas rural e urbana, e encontrou uma prevalência de 20,4% (IC95% 17,3-23,8), além disso, houve maior razão de prevalência para depressão no sexo feminino, entre solteiros, de menor renda familiar, fumantes e que haviam sido hospitalizados nos últimos 12 meses (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

A depressão em indivíduos com 50 anos ou mais é uma das principais causas de internação no Brasil, correspondendo a 18,6%. Em instituição de longa permanência (ILP), estudo realizado em Natal-RN encontrou uma proporção de depressão de 45,77% (IC de 95%: 37,80-53,97%) e essa condição esteve associada ao comprometimento funcional e hipertensão arterial (MELO-SILVA et al., 2018; JEREZ-ROING et al., 2016).

Outro estudo realizado com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Curitiba-PR, mostrou uma prevalência menor de sintomas depressivos de apenas 4%, porém, 28% apresentaram sintomas que expõe ao risco para depressão (SANTOS et al., 2020).

Ao explorarmos o atendimento em saúde mental ofertado pela Atenção Básica no país, temos um modelo de atenção em construção, onde a perspectiva psicossocial ou integral ainda não superou a visão biológica do cuidado. Por outro lado, temos questões culturais que interferem na assistência.

Um estudo que investigou estigmas relacionados a idosos com depressão nas Unidades de Saúde das capitais, São Paulo e Manaus, mostrou que os estigmas são frequentes entre os idosos e profissionais de saúde. O profissional pode vir a ter atitudes negativas durante o atendimento a pessoas com depressão e os principais estigmas encontrados foram as reações negativas, discriminação e perigo (SCAZUFCA et al., 2016).

Quanto ao tratamento da depressão na Atenção Primária, ele ocorre por meio da organização do fluxo de atenção à saúde mental. O usuário recebe atendimento do psicólogo que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), após encaminhado pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), com diagnóstico e medicações prévias. Em continuação e diante da gravidade as etapas subseqüentes são propostas e compartilhadas pelas equipes, onde compartilham saberes, elaboram um projeto terapêutico singular, e instrumentalizam o paciente a reconhecer sua atual condição (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

A principal estratégia de cuidado da depressão na rede pública de saúde é o tratamento medicamentoso, os mais comuns são, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e antidepressivos tricíclicos. Apesar de seu uso comum, ambas as classes são inapropriadas para

idosos, os antidepressivos tricíclicos são altamente anticolinérgicos, sedativos e causadores de hipotensão ortostática. Os ISRS exacerbam a síndrome de secreção inadequada de hormônios antidiuréticos, sem contar nas interações aumentando o risco de queda (FULONE; LOPES, 2017).

O tratamento não farmacológico tem sido utilizado nos casos leves e moderados de depressão, como a psicoterapia, terapia cognitiva comportamental, psicoeducação, terapia familiar, grupos de apoio e estimulação da prática de atividade física. As equipes ainda promovem vínculo terapêutico com o paciente e a família e monitoramento constante do paciente aos sinais de recaída (NUNES; ALENCAR; CASTRO, 2020).

Revisão sistemática conduzida por Haller et al. (2019) evidenciou que existem diversas estratégias de recomendações de intervenções complementares e alternativas para depressão como, as ervas naturais e as práticas mentais e corporais. Entre as práticas mentais e corporais as mais conhecidas são a meditação, tai chi e ioga. Quanto as ervas se destacam a eficácia da erva de São João com evidência de qualidade moderada em relação ao placebo e a terapia cognitiva baseada na atenção plena.

Uma revisão sistemática no período compreendido entre 2008 a 2018 mostrou benefícios da prática integrativa e complementar de Qigong (conjunto de exercícios corporais que visa manter o organismo equilibrado) e encontrou resultados importantes para a depressão em pessoas idosas. Em comparação com o grupo controle, reduziu significativamente os sintomas depressivos ($p < 0,025$), houve melhoria da autoeficácia ($p = 0,050$), melhoria do autoconceito de bem-estar físico ($p < 0,025$) e redução do nível de cortisol salivar ($p < 0,008$) (TONET et al., 2020).

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são importantes no cuidado integral e são bem-vindas pelos profissionais de saúde, é o que mostrou um estudo realizado com 70 profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de nível fundamental, médio ou superior, onde verificou que 73,9% dos profissionais conhecem as PIC, 91,3% gostariam de receber capacitação para tal intervenção e 92,8% consideram as PIC como um recurso para o cuidado em saúde mental (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Nesse sentido, é importante reforçar estudos sobre a utilização das terapias integrativas no cuidado em saúde e principalmente na atenção à saúde da população idosa quanto a promoção e prevenção do declínio da memória e demência.

2.3 Memória e demência

O termo memória é amplo, envolve diferentes regiões do cérebro e se resume a capacidade de adquirir e armazenar informações simples como detalhes da vida cotidiana e complexas quanto ao uso da matemática e conhecimentos em outras áreas. Ela nos possibilita resolver os problemas

com que nos defrontamos na vida diária e proporciona a continuidade das nossas vidas (YOUNG; YOUNG; TOLBERT, 2018).

Segundo Costa (2020), memória são todos os processos mentais que envolvem áreas cognitivas, psicológicas e genéticas. As principais áreas envolvidas no armazenamento das informações são, o hipocampo, amígdala e o córtex. O autor destaca que a memória aprende por repetição por isso pode ser treinada. A fixação do conteúdo na memória envolve o nível de consciência, atenção global, vontade e afetividade, conhecimento prévio, capacidade de compreensão, sensopercepção com seus canais envolvidos (imagens, aromas, sabores, sons e tato) e organização temporal das repetições.

A memória humana se divide em memória sensorial, de trabalho (termo usado atualmente) ou operacional (termo antigo) e de longo prazo. Temos a primeira como porta de entrada das informações capturadas pelos órgãos do sentido, sua retenção é curta durando apenas segundos, e as vezes não são percebidas conscientemente. Quanto à memória operacional, ela é utilizada na aquisição de novos conhecimentos. Ela organiza, compara e recorda todas as informações que passam em uma rede de elementos coerentes e representativos que se conectam com a memória de longa duração. Por último, temos a memória de longa duração que é a responsável pela formação e armazenamento em forma de esquemas, *scripts* que é consequência da repetição das informações para consolidação cerebral (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018).

Izquierdo (2018) conceituou esse mesmo sistema em dois grandes grupos, denominados, memórias declarativas e de procedimentos. As declarativas registram os eventos, fatos e os conhecimentos adquiridos, enquanto, a memória de procedimento envolve a capacidade ou habilidades motoras e sensoriais como andar de bicicleta, dirigir, tocar algum instrumento musical dentre outros.

Conforme Cecchini et al. (2016), a memória possui muitas outras subdivisões importantes, entretanto, os subsistemas comumente averiguados em uma avaliação neuropsicológica por sofrerem alterações do envelhecimento são, a memória operacional, episódica e semântica (as duas últimas derivadas da memória de longa duração). A importância da memória operacional se deve ao fato dela ser utilizada em muitas atividades da vida diária para resolver problemas, e é com ela que o cérebro processa as informações e, ao mesmo tempo realiza as operações imediatas como os cálculos matemáticos. Já a memória episódica inclui o ato de recordar o que já foi codificado pelo cérebro como nome de pessoas, histórias e por último a semântica que é responsável em consolidar o conhecimento de fatos gerais, mas principalmente através de palavras e todos os conceitos abstratos e associações entre eles.

Embora a memória operacional seja suscetível ao declínio relacionado a idade, a capacidade de direcionar estrategicamente a atenção para informações mais importantes na memória é

preservada ao longo do envelhecimento, é o que mostrou um estudo com jovens entre 18 e 33 anos e idosos de 60 a 90 anos do Reino Unido. Apesar desse resultado, o desempenho geral da memória dos idosos piora conforme aumenta a idade (ALLEN; ATKINSON; NICHOLLS, 2021).

Quanto à memória semântica, estudo de Susin et al. (2019), em Israel com cinquenta e cinco participantes, sendo 26 estudantes jovens, 20 idosos sem distúrbios cognitivos e nove idosos com deficiência cognitiva leve, mostrou que a memória semântica reduz até mesmo para longevos saudáveis e sem comprometimento cognitivo leve, pois é um mecanismo básico de codificação que enfraquece com a idade.

Por outro lado, Won et al. (2019) evidenciaram em seu estudo, que exercícios aeróbicos de apenas 30 minutos diários, são capazes de ativar várias regiões do cérebro envolvidas na recuperação da memória semântica em comparação com o estado de repouso sentado. Apesar de não ter sido mensurado no respectivo estudo, os autores sugerem que os mecanismos envolvidos nessa ativação incluem a indução dos hormônios dopamina e noradrenalina durante o exercício mesmo que em curto tempo.

Um estudo nacional com uma amostra representativa da população com 50 anos ou mais que comparou a função cognitiva (memória imediata, tardia e combinada, linguagem e função executiva) nas cinco macrorregiões brasileiras e evidenciou que os idosos das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram melhor função cognitiva em todos os testes. E em todas as regiões observaram-se piora dos três tipos de memória e da fluência verbal correlacionada à idade mais elevada e à baixa escolaridade, com exceção da macrorregião Sudeste, em que a piora da fluência verbal não estava correlacionada às idades mais elevadas. Além disso, o sexo feminino apresentou o pior desempenho nos testes da fluência verbal nas macrorregiões Norte e Centro-Oeste (CASTRO-COSTA et al., 2018).

Ao longo da vida, é esperado que as perdas de memória aconteçam, no entanto, essas devem ser investigadas o quanto antes, pois podem estar sinalizando um agravo maior como a demência. Estima-se que a demência afeta 1,8% aos 60 anos, 5,1% aos 70 anos, 15,1% aos 80 e 35,7% aos 90 anos, o que demonstra a capacidade de progressão desde o início da velhice (MCCOLLUM, KARLAWISH, 2020; CAO et al., 2020).

A demência é conhecida como uma síndrome que provoca declínio no nível anterior de cognição, memória, raciocínio e interfere no funcionamento ocupacional, doméstico ou social. Suas causas vão desde condições neurodegenerativas a não neurodegenerativas. Em idosos, são comuns as demências degenerativas como a doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy, demência vascular, degeneração lobar frontotemporal e doença de Parkinson (GALE; ACAR; DAFFNER, 2018).

Os autores destacam que as causas não neurodegenerativas geralmente são por carência de vitaminas B12, tiamina, niacina e ácido fólico, hipotireoidismo, hidrocefalia de pressão normal, abuso crônico de álcool, disfunção cognitiva relacionada à quimioterapia, infecções, massas intracranianas, lesão cerebral traumática e doenças como depressão, ansiedade profunda e estresse constante.

O treinamento cognitivo pode ser um recurso a ser usado no contexto da Atenção Primária para promover a saúde mental dos idosos. Em um ensaio clínico randomizado com idosos saudáveis e com comprometimento cognitivo leve, visando compreender os efeitos de um treinamento cognitivo baseado em processos que visa a memória operacional e o controle cognitivo. Os autores identificaram que, após 12 sessões de treinamento cognitivo e ao aplicar o teste de memória, ocorreu melhora na atenção na memória de trabalho e na função cognitiva global, além disso, o treinamento reduziu os sintomas depressivos identificados antes do início da intervenção (SHIN et al., 2020).

O relatório de 2020 da Comissão da Lancet sobre demência informa ser importante manter-se ambicioso quanto a prevenção individualizada para aumentar a atividade cognitiva, pois os indivíduos têm um enorme potencial para reduzir os riscos de demência. Estimular o indivíduo a se manter cognitiva, física e socialmente ativo na vida adulta e meia idade pode melhorar a saúde em geral e conseqüentemente prevenirá a demência (LIVINGSTON et al., 2020).

2.4 Intervenções complementares em saúde e Mindfulness

As intervenções em saúde sempre estiveram atreladas a compreensão do conceito saúde e doença pela sociedade. Nos primórdios das civilizações compreendia-se a doença como sobrenatural determinada pelos Deuses. Na civilização grega, Hipócrates trouxe a perspectiva de que a saúde era resultado do equilíbrio entre o homem e o meio. No século XIX tivemos o conhecimento dos microrganismos sendo a única causa, e tão logo no século XX a teoria da multicausalidade, considerando a interação entre agentes do ambiente e do indivíduo como integrantes do adoecimento (MARTINS, 2018).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU), almejando cooperação e apoio entre os países, criou a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta, no que lhe concerne, passou a ser a referência para o direcionamento das ações em saúde no mundo e como estratégia inicial, em 7 de abril de 1948, definiu como conceito de saúde “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidades” (SOLHA, 2018).

A partir de 1960, uma nova teoria aprofundou questões sobre o papel do Estado e da sociedade na saúde da população, esse modelo ficou conhecido como a Determinação social do processo saúde-doença, propondo modificações e intervenções nas estruturas sociais, econômicas e políticas para se alcançar a saúde da população (MARTINS, 2018).

Em 1977, consolidou-se o conceito de saúde ampliada com a Conferência internacional sobre “Cuidados Primários de Saúde”, realizada em Alma-Ata na República do Cazaquistão, onde enfatizou saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Destacou que é um direito humano fundamental e como intervenção estabeleceu metas entre os países para se alcançar a saúde da população mundial (PINTO et al., 2020).

No Brasil, somente com a redemocratização e com as reivindicações dos movimentos sociais em torno da VIII Conferência Nacional de Saúde foi que o conceito ampliado de saúde passou a ser considerado. A conferência em 1986, abriu caminhos para reflexões acerca da saúde como um dever do Estado e direito do cidadão e para criação de apenas um sistema dirigente em saúde (ROUQUAYROL, 2017).

Em 1988, inserido na Constituição Federal (CF), o Brasil conquistou a aprovação de um sistema nacional de saúde, materializado na forma de Sistema Único de Saúde (SUS) passando a contar no título VIII da ordem social, capítulo da seguridade social, seção II da saúde. O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica do processo de construção do SUS, está explicitado no artigo 196. “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2021, p.180).

Para superar o sistema herdado no período anterior a CF, considerado excludente para aqueles que não contribuía com a previdência social, o SUS, consagrou princípios que expressam sua natureza, a universalidade, igualdade e a integralidade. Universalidade para vencer as barreiras de acesso e ser acessível a todos; igualdade para que todos tenham igual e justa oportunidade do cuidado em saúde; e a integralidade para que o cuidado seja pautado nas necessidades de saúde, envolva ações preventivas, assistenciais, proporcione a garantia de acesso em todos os níveis de complexidade e implemente uma abordagem integral do indivíduo (ROUQUAYROL, 2017).

O conceito integralidade, quando se refere a uma abordagem integral do indivíduo, demanda revisões no modelo formador e impõe um confronto incisivo a racionalidade hegemônica do trabalho em saúde. Na prática, as ações não se reduzem a ações de combate à doença, mas na necessidade de resposta ao sofrimento. Partindo de uma compreensão ampliada, o conceito busca alcançar a raiz da experiência do adoecimento, e essas informações quando relatadas pelos

sujeitos permitirá entrever seus significados existencial, social, cultural, psicológico, biológico e simbólico (BUSATO; CUBAS, 2020.)

Segundo Santos et al. (2018), são muitas as situações que interferem na efetivação de uma assistência integral, entre elas, a dificuldade de o profissional enxergar o indivíduo como um ser multifacetado, reflexo de vários fatores determinantes (individuais, familiares, ambientais, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros). Processo de trabalho comprometido que dificulta o acolhimento, criação de vínculo, compreensão da subjetividade e singularidade, e também uma perspectiva que responsabiliza o usuário pela predominância de uma atenção voltada para cura.

Nesse sentido, uma visão reducionista do que é saúde compromete a implementação da integralidade do ponto de vista amplo do ser humano. Silva, Schraiber e Mota (2019) reiteram que o termo saúde é uma construção em curso, ampla e subjetiva que pouco consegue mostrar a realidade em sua totalidade. Tanto a saúde quanto a doença são formas pelas quais a vida se manifesta, são experiências únicas que pouco se traduzem em conceitos. Na maioria das vezes o termo é limitado ao entendimento de ausência de doença, concepção originada do modelo médico hegemônico. Em outros momentos, a doença é vista como um viver interrompido para exercer as atividades da normalidade social, enquanto a saúde seria o oposto, um viver permitido.

Nesse panorama, um importante movimento vem ampliando e fortalecendo o SUS com outras modalidades de assistência, trazendo novos modos de aprender e praticar o conceito saúde. Conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares (PIC), contrapõem-se com a visão tecnológica, enfatiza a subjetividade e vem resgatando esse olhar integral e amplo do ser humano (TELESI JUNIOR, 2016).

As PIC, enquanto modalidades de assistência foram vinculadas ao SUS, como uma política nacional em maio de 2006, e tem entre seus objetivos, incorporar e implementar o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Ainda, contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso (BRASIL, 2018).

No âmbito dessa política foram inseridas a Medicina tradicional chinesa, Acupuntura, Homeopatia, Plantas medicinais e fitoterapia, Medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia, todas com o propósito de estimular os mecanismos naturais de prevenção, promoção e recuperação da saúde (SILVA et al., 2020).

Em 2017, por meio da Portaria GM n. 849 de 27 de março, foram incorporadas outras modalidades terapêuticas complementares Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. No ano de 2018, acrescentou-se, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018).

As terapias alternativas ou intervenções complementares em saúde podem proporcionar importantes resultados ao serem utilizadas em ambientes clínicos. Em pacientes com câncer, por exemplo, as terapias complementares têm se mostrado eficazes para minimizar os efeitos colaterais da dor, depressão e fadiga (LEE; CHOI; HYUN, 2019).

Estudo retrospectivo de corte transversal, desenvolvido no ambulatório de práticas integrativas e complementares de um centro especializado em diabetes e outras endocrinopatias em Salvador-BA, verificou impactos aparentes das terapias complementares no alívio de sintomas psicológicos, emocionais e físicos, tais como ansiedade, estresse e dores no corpo (DACAL; SILVA, 2018).

Ruela et al. (2019) argumentam que apesar de sua importância dentro do SUS, as PIC são ofertadas a população de forma tímida e os dados disponíveis são escassos, e um dos entraves para sua implementação se deve ao desconhecimento tanto dos profissionais, quanto dos usuários. Para Silva et al. (2020), a grande dificuldade enfrentada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) decorre da não existência de um financiamento indutor.

Cabe ressaltar que as práticas integrativas como destaca a própria definição, não substitui o tratamento convencional prescrito, elas são e devem ser utilizadas em conjunto. Isso porque o termo terapia é apenas um dos meios e procedimentos que podem compor o tratamento indicado para o indivíduo enfermo.

Entre as intervenções complementares, a meditação chama atenção por ser conhecida por proporcionar aumento da concentração, promover o autoconhecimento, minimizar os estados de estresse e ansiedade e proporcionar um bem-estar subjetivo. Existem diferentes formas e propósitos de meditação, entretanto, pretende-se explorar a efetividade de Mindfulness por incluir diferentes práticas que podem ser utilizadas durante o dia a dia (SCHUH et al., 2021).

2.4.1 Mindfulness

Mindfulness é um termo em inglês que possui origem em preceitos budistas. Tendo como cerne a palavra Sati que, na língua Pali inicial dos ensinamentos de Buda, significa “*recordar-se continuamente do seu objeto de atenção*”. Na área da saúde, sua tradução refere-se as seguintes expressões: atenção plena, consciência plena e estar atento (GIRARD; FEIX, 2016).

Buscando uma padronização para fins científicos e clínicos, Mindfulness foi definido como um estado autoinduzido, autoaplicável, um estado obtido através de uma prática específica definida. Mindfulness trata-se de parar e estar presente, em outras palavras o autor cita que a atenção plena é a consciência que surge quando se presta atenção propositalmente, no agora, sem julgar. O autor destaca ainda que Mindfulness não deve ser apreendida como uma prática

promissora e nem mesmo impulsionada a uma mudança desejável de consertar o que está danificado (KABAT-ZINN, 2017).

A palavra usada pelo autor “sem julgar”, não significa forçar-se a não fazer julgamentos sobre os nossos pensamentos, mas sim suspender um julgamento para apenas apreciar o momento presente e para que esse julgamento não nos envolva em nossas ideias, opiniões, gostos e desgostos (GERMER; SIEGEL; FULTON, 2016).

No contexto da psicologia, Mindfulness é definida como uma metodologia de treinamento mental da atenção, que nos torna capazes de permanecer no momento presente, fazendo escolhas conscientes, desfrutando dos momentos da vida com aceitação, não julgamento e compaixão (DRUMOND, 2020). Para Germer, Siegel e Fulton (2016), Mindfulness pode ser denominada como uma prática porque tem o propósito de cultivar a atenção principalmente com o uso da meditação e pode ser explicada como um processo psicológico que almeja manter-se consciente.

Shapiro, Siegel e Neff (2018) ressaltam que definir Mindfulness usando palavras, reduzindo a um conceito lógico não é uma tarefa tão simples, pois qualquer definição deixa lacunas significativas em sua essência. Para os autores, Mindfulness é um aspecto inerente ao ser humano, pois opera em contraste com nossos instintos de sobrevivência, um estado de consciência acessível a todos. Essa consciência surge através de um atendimento intencional de forma aberta, atenciosa e criteriosa, envolve as formas de se relacionar com experiências positivas, negativas e neutras permitindo clareza e compaixão.

Dois pesquisadores, Ellen Langer e Jonh Kabat-Zinn, foram pioneiros nos estudos de Mindfulness na prática clínica. A pesquisadora e psicóloga Ellen Langer ateve-se a elucidar sobre a desatenção ou ausência da mente, descrita como um estado onde muitos indivíduos passam o dia acordado em um estado de baixa consciência, processam as informações do ambiente de maneira automática com pouca ou nenhuma percepção consciente, estando alheio a aspectos novos ou alternativos da situação (SOPEZKI; TATTON; BARROS, 2021).

O pesquisador Jonh Kabat-Zinn avançou divulgando Mindfulness no ocidente, bem como no desenvolvimento da técnica de redução de estresse baseado nas experiências meditativas em seus estudos experimentais. Em 1979 fundou uma clínica de redução de estresse no Centro Médico da Universidade de Massachusetts, localizada em Worcester, Massachusetts com o primeiro protocolo baseado em Mindfulness o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) (CEBOLLA; DEMARZO, 2016).

Após a criação do MBSR, surgiu o interesse de outros pesquisadores em elucidar outras áreas e diferentes transtornos, sendo criado então o *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) por Segal, Willians e Teasdale, prática que combina o ensino formal da meditação com estratégias

tradicionais de terapia cognitiva, foi projetada para ser usada sequencialmente após a resposta ao tratamento da fase aguda, auxiliando na prevenção de recaídas (SEGAL et al., 2020).

Em sequência, o *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP) é indicado para prevenção de recaídas em transtornos de dependência. Nesse, os indivíduos aprendem a lidar com os desejos ou impulsos em seus vícios por drogas. Posteriormente o *Mindfulness Based Approaches to Pain and Illness* (MBPI) guia projetado para ajudar pessoas a lidar com a dor e a doença (SOUZA, 2020).

No contexto cultural brasileiro e ibero-americano foi desenvolvido o *Mindfulness Based Health Promotion* (MBHP) pelo Mente-Aberta - Centro Brasileiro de Atenção Plena e Promoção da Saúde. Trata-se de um modelo inspirado no original MBSR de Jon Kabat-Zinn, mas adaptado ao contexto da promoção da saúde e qualidade de vida. O programa MBHP pode ser aplicado nas áreas de saúde, educação e organizações. Possui um cronograma de oito semanas em sessões de duas horas. Difere dos demais programas MBSR e MBCT apenas quanto a ausência do retiro silencioso de sete horas (DEMARZO, 2018).

O ponto em comum entre todos os programas é o foco no presente. Ao trabalhar a atenção é possível reconhecer os eventos mentais, pensamentos e emoções negativas, que poderiam ser o início de um ciclo de reatividade ou de um estresse psíquico. Durante as intervenções, as pessoas desenvolvem habilidades para que no momento que se encontrarem com pensamentos e emoções passem a aceitar o fluxo contínuo sem se prender a eles. Assim, com a prática regular podem desenvolver um efeito de sustentabilidade para a promoção da saúde (WIELGOSZ et al., 2019).

Durante a prática, os indivíduos passam por diferentes fases para silenciar o corpo e a mente, isso inclui a atenção para um objeto alvo, observação dos pensamentos e emoções sem se identificar com eles. Essa habilidade é atingida após o aprofundamento da prática para que o indivíduo não desenvolva apenas uma atenção sustentada por apenas um determinado tempo (SOUZA, 2020).

Os praticantes de Mindfulness utilizam âncoras ou focos de atenção para mediar e iniciar as fases de atenção e usam essas para suporte caso tenham se perdido em sentimentos ou pensamentos. Essas âncoras facilitam a habilidade de monitoramento da mente que é a principal habilidade de Mindfulness (THOMAS; NORMAN, 2018).

As principais âncoras utilizadas no MBHP é a atenção plena na respiração, o escaneamento corporal, caminhada meditativa e a ioga com atenção plena, que utiliza posturas corporais leves, podendo ser realizada por indivíduos com diferentes níveis de limitações físicas (MARTÍ; GARCIA-CAMPAYO; DEMARZO, 2016).

Segundo Costa (2020), nessas práticas os participantes são convidados a prestar atenção na respiração, por exemplo, sem se preocupar em alterá-la, somente observando o fluxo de entrada e saída de ar, buscando somente tomar consciência do que surge. O autor destaca ainda que

Mindfulness não é simplesmente prestar atenção, existem atitudes importantes envolvidas, são elas, não julgar, que envolve reconhecer que existem julgamentos e tomar consciência deles e das reações. Ter paciência e gentileza, que implica em não fazer força em atingir um objetivo e acolher qualquer percepção seja ela boa ou ruim. Ter mente de principiante, que seria uma mente receptiva a novas possibilidades e a última aceitação, ver as coisas como elas realmente são.

Vários estudos vêm demonstrando resultados significativos com a inserção das práticas de Mindfulness em diferentes contextos e situações de saúde. Uma revisão sistemática sobre o efeito de Mindfulness no nível de estresse psicológico de mulheres com neoplasia mamária, mostrou que, a meditação representa uma estratégia eficiente para o enfrentamento da doença. Os autores notaram efeitos positivos na redução de sintomas físicos e emocionais, como o estresse psicológico, depressão, ansiedade, fadiga, medo de recorrência e ruminação (ARAUJO et al., 2019).

Pesquisa com participantes chinesas recrutadas através dos grupos de apoio American Cancer Society, evidenciou que a prática da meditação em mulheres acometidas por câncer foi eficaz durante a terapêutica por contribuir para redução da angústia e aflição causado pelos sintomas da doença e do tratamento (LIU; QIU; LOUIE, 2017).

Investigação realizada com 19 leitores de hebraico com déficit de atenção, explorou os efeitos do MBSR na leitura, atenção e bem-estar, evidenciando que após oficinas com Mindfulness os participantes cometeram menos erros de leitura geral. Segundo os autores essa melhoria provavelmente ocorreu devido à atenção sustentada. Além disso, os participantes relataram melhorias em relação ao estresse, ruminação, depressão, estado de ansiedade e melhora do sono (TARRASCH; BERMAN; FRIEDMANN, 2016).

No Irã, um estudo observou que a intervenção de Mindfulness foi suficiente para reduzir a depressão e ansiedade em mulheres idosas com transtorno depressivo maior onde os efeitos da depressão permaneceram estáveis mesmo quatro semanas após a conclusão do estudo (AHMADPANA et al., 2017).

Em Portugal, estudo com 128 idosos com Doença de Alzheimer mostrou que o desenvolvimento de Mindfulness nesses pacientes foi capaz de melhorar a adesão aos medicamentos utilizados (LIMA et al., 2016).

Estudo de revisão sistemática com metanálise de Schell et al. (2019) avaliou os efeitos da redução do estresse com base na atenção plena em mulheres com diagnóstico de câncer de mama e observou que essa intervenção pode melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, reduzir a fadiga, ansiedade, depressão e qualidade do sono.

Considerando a problemática do envelhecimento que resulta de potenciais de desgastes e fortalecimento, torna-se pertinente empregar esforços na investigação de intervenções como Mindfulness, para ampliar novas possibilidades de cuidado para essa população.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os efeitos da intervenção Mindfulness sobre os sintomas depressivos, estado mental e atenção consciente em pessoas idosas.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos.
- Verificar os efeitos da intervenção de Mindfulness sobre os sintomas depressivos em pessoas idosas.
- Verificar os efeitos da intervenção de Mindfulness sobre o estado mental em pessoas idosas.
- Verificar os efeitos da intervenção de Mindfulness sobre a atenção consciente em pessoas idosas.
- Analisar a associação entre perfil sociodemográfico e os sintomas depressivos em idosos antes e após a intervenção de Mindfulness.
- Analisar a associação entre perfil sociodemográfico e o estado mental em idosos antes e após a intervenção de Mindfulness.
- Analisar a associação entre perfil sociodemográfico e a atenção consciente em idosos antes e após a intervenção de Mindfulness.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado. Esse tipo de estudo permite comparar diferenças entre os mesmos indivíduos em um determinado espaço de tempo. Eles são uma ferramenta para obtenção de evidências na prática clínica (LUNARDI, 2020).

4.2. Local do estudo

O campo de estudo escolhido foi o município de Dourados, considerada a segunda maior cidade do Estado de Mato Grosso do Sul (MS). Fundada em 20 de dezembro de 1935, está localizada no sul do MS na região Centro-Oeste como mostra a figura 1 e segundo o último censo, possuía uma população de 196.035 habitantes dos quais 17.805 eram idosos (IBGE, 2017).

Figura 1 – Mapa do município de Dourados/MS, 2019.



Fonte: Prefeitura Municipal de Dourados. GeoDourados – Banco de dados multifinalitário; 2019. Disponível em: <http://geo.dourados.ms.gov.br/dourados/>

O município oferece assistência aos idosos por meio das Unidades de Saúde distribuídas em seu território. Constava no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que o município possuía, em 2019, três Unidades Básicas de Saúde, 57 Estratégias Saúde da Família e três Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), NASF-AB seleta, Vila Rosa e Santo André (BRASIL, 2019a).

A equipe do NASF-AB é formada por diferentes profissionais que, atuam consolidando a Atenção Básica e ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, com resolutividade, abrangência e alvo de ação. Possui como ferramenta principal o apoio matricial, que além de organizar o processo de trabalho, busca ampliar a capacidade de cuidado (BRASIL, 2019b).

No controle das vulnerabilidades sociais, Dourados¹ possui oito Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) são eles: CRAS Central, Guaicurus, Cachoeirinha, Canaã I, Jóquei Clube, Parque do Lago II, Vila Vargas e o CRAS indígena. O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e opera como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS. Disponível em: <https://www.dourados.ms.gov.br/index.php/cras-centros-de-referencia-de-assistencia-social/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

Atua nos territórios com um trabalho de carácter continuado, que visa proteger as famílias prevenindo a ruptura e fortalecendo vínculos. Além disso, é responsável pela oferta de serviço referente à proteção social, o que inclui o mapeamento nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Também por meio de gestão territorial, promove a organização, articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos envolvidos (BRASIL, 2019b).

Para os idosos, o CRAS além da proteção social, oferece de forma complementar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que promove atividades artísticas, de lazer, esporte dentre outras, com objetivo de integração, troca de experiência e a valorização da vida coletiva (BRASIL, 2017).

Outra iniciativa importante de atenção ao idoso e com a finalidade de promover a saúde, o bem-estar e interação social, foi implementada em 2014, a Universidade Aberta a Melhor Idade na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UNAMI-UEMS). É um projeto de extensão, de carácter universitário e multidisciplinar aberto a população com idade mínima de 55 anos e que busca por meio da informação e interação, melhorar a qualidade de vida dos idosos que participam do projeto (UEMS, 2020).

4.3. População-alvo e amostra

A população foi constituída por idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que frequentavam o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de Dourados MS, alunos da Universidade Aberta a Melhor Idade da UEMS – UNAMI, bem como outros idosos, que não participavam dos referidos centros e serviços, porém com interesse em participar das atividades, foram previamente avaliados e inseridos ao grupo.

Todas as unidades do CRAS, por intermédio dos dirigentes foram convidadas a participar do estudo, por e-mail e contato via telefone pela pesquisadora, e posteriormente após a aceitação o convite foi feito presencialmente aos idosos em uma reunião de apresentação do projeto.

Os idosos da UNAMI foram convidados presencialmente durante as aulas e para o preenchimento das 30 vagas disponibilizadas houve a divulgação pelo site da UEMS para público externo.

Pela natureza exploratória e por viabilidade do estudo, os idosos foram selecionados por conveniência e disponibilidade em participar do estudo por dois meses.

4.4. Elegibilidade para a amostra

4.4.1. Critérios de inclusão

- Idosos com idade igual ou superior a 60 anos;
- Idosos de ambos os sexos matriculados na UNAMI-UEMS;
- Idosos de ambos os sexos que participam das atividades do CRAS;
- Idosos de ambos os sexos interessados no estudo após divulgação pela UEMS.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Idosos com incapacidade de se comunicar e ou autonomia de resposta;
- Com déficit cognitivo mensurado pelo teste de rastreamento cognitivo MEEM, doenças mentais principalmente, esquizofrenia, epilepsia diagnosticado pelo médico e ou declarado pelo familiar;
- Idosos em uso de antidepressivos (por interferir diretamente no resultado das intervenções);
- Idosos que já são praticantes (praticam pelo menos uma vez na semana) de yoga e meditação;
- Com três ou mais ausências nas práticas de Mindfulness.

4.5 Variáveis do estudo e descrição dos instrumentos de coleta de dados

Variável, segundo Lakatos e Marcone (2017), pode ser uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que apresenta valores, aspecto e propriedade discernível em um objeto de estudo passível de mensuração. Pode ainda ser denominada como independente (X) e dependente (Y). A primeira é a que influencia, determina ou afeta outra variável, é o fator manipulado pelo investigador na tentativa de verificar que influencia exerce sobre um possível resultado. Já há variável dependente por ser influenciada ou afetada, varia à medida que o investigador introduz tira ou modifica a variável independente.

4.5.1 Variáveis independentes

Foram selecionadas para compor as variáveis independentes:

- Intervenção Mindfulness: intervenção durante oito semanas;
- Sexo: feminino e masculino;
- Idade: em anos completos e apresentadas por medidas de tendência central e dispersão;
- Escolaridade: em anos completos e apresentadas por medidas de tendência central e dispersão;
- Estado civil: Solteiro, casado, união estável, separado, viúvo;
- Tempo de viuvez: em anos completos e apresentadas por medidas de tendência central e dispersão;

- Religião: Católico, protestante/evangélico, espírita, outras e nenhuma;
- Praticante da religião: sim ou não;
- Número de filhos nascidos e número de filhos vivos;
- Atividade econômica: ativo que trabalha ou inativo que não trabalha
- Ocupação anterior: atividade que realizou antes dos 60 anos realizadas regularmente, remunerada ou não. Posteriormente foram categorizadas em áreas da administração, comércio, educação, saúde e outros;
- Ocupação atual: Atividade que exerce atualmente remunerada ou não. Posteriormente foram categorizadas em: aposentado, comércio, dona de casa e outros;

Essas variáveis podem ser visualizadas no instrumento1 Apêndice I desse documento.

4.5.2 Variáveis dependentes

• **Sintomas Depressivos:** a partir das respostas que sinalizam depressão, mesmo que não alcancem as categorias preconizadas como leve e grave.

Os sintomas depressivos em idosos são mensurados pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG), sendo criada em 1983 por Yesavage e colaboradores, com versões com 30, 15, 4 e um item para auxiliar no diagnóstico. Os instrumentos com versões de 30 e 15 itens foram validadas internacionalmente e são amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, no entanto, a Escala reduzida versão 15 apresenta boa acurácia diagnóstica, sendo confiável e adequada para o reconhecimento dos sintomas depressivos em idosos (GOMES; CUSTÓDIO; MENON, 2016).

A EDG 15 apresenta um equilíbrio quando se mantém o ponto de corte 5/6 (não caso/caso), para esse escores obteve uma sensibilidade de 81% e especificidade de 71%. Idosos com escores entre 0 e 5 são classificados sem sintomas depressivos, enquanto aqueles com escores maiores ou iguais a 6, com sintomas depressivos (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Compreende perguntas simples como: Está satisfeito com sua vida? Acha sua vida vazia? Aborrece-se com frequência? Teme que algo de ruim lhe aconteça? Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Vale a pena viver como vive agora? As respostas às 15 perguntas são categorizadas em sim e não (MENDES-CHILOFF, 2018).

Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida (EDG-15) com os itens que mais se correlacionavam com os sintomas de depressão. Essa versão pode ser visualizada no (Anexo III), desse documento.

- **Estado mental:** avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental;

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é composto por questões agrupadas em sete categorias. Cada uma delas possui o objetivo de rastrear funções cognitivas específicas: orientação para tempo e local; registro de palavras; atenção; cálculo; lembrança das palavras registradas; linguagem e capacidade construtiva visual.

O instrumento permite uma pontuação total de 0 a 30 e os pontos de corte sugeridos para rastreio no Brasil se baseiam na escolaridade, portanto, as notas de corte são: (19) para os analfabetos; (23) entre 1 a 3 anos de estudo; (24) 4 a 7 anos de estudo e (28) acima de 7 anos de estudo, indicando que o fator mais importante na determinação do desempenho no MEEM é o nível educacional (BRUCKI et al., 2003).

Neste estudo, independente dos anos de estudo completos para efeito de nota de corte, foi adotado o seguinte critério: analfabeto=19/20 caso e não caso e alfabetizado=24/25 caso e não caso, uma vez que, em estudo anterior foi observado que esses resultados se mostraram confiáveis para os idosos quem residem em Dourados/MS e são assistidos pela Estratégia Saúde da Família (SANTOS et al., 2010).

Esse instrumento pode ser visualizado no (Anexo IV) desse documento.

- **Atenção plena:** avaliada pela Escala de Atenção Plena e Consciência.

A Escala de Atenção Plena e Consciência – MAAS, foi criada por Brow e Ryan (2003), para analisar e mensurar a atenção plena de cada pessoa no momento presente. A escala possui uma variedade de construções de auto regulamento e bem-estar. Contém 15 itens, tais como: “Eu fico tão focada nos objetivos que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo” e “Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção”. Os respondentes devem indicar o quanto experimenta o que está descrito em cada uma das afirmativas, a pontuação máxima é de 90 pontos e a mínima de 15 e quanto maior o escore maior a capacidade de Mindfulness. A escala está categorizada em uma pontuação que vai de um a seis onde, um corresponde a quase sempre, dois muito frequentemente, três relativamente frequentemente, quatro raramente, cinco muito raramente e seis quase nunca. A escala de MAAS foi validada no Brasil e é apropriada para avaliar Mindfulness na população em geral (PIRES et al., 2015).

Em uma amostra brasileira, com 355 participantes divididos em fumantes, pessoas da população em geral, universitários e meditadores, mostrou que, o instrumento MAAS é adequada para tal população, visto que apresentou confiabilidade [$\alpha = 0,83$; dividir pela metade = 0,67 e teste-reteste = 0,80 ($p < 0,001$)] (BARROS et al., 2015).

O instrumento MAAS pode ser visualizado no (Anexo V) desse documento.

4.6 Aspectos éticos

Foram observados todos os cuidados éticos que envolvem seres humanos, conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado pelo CAAE: 87374518.4.0000.0021 (Anexo I) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados (Anexo II). Os participantes da pesquisa foram informados dos objetivos da pesquisa e da confidencialidade dos dados e a entrevista foi realizada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice VI).

O estudo foi registrado em banco de dados de registro de ensaios clínicos, disponível em <https://ensaiosclinicos.gov.br>, pelo indicador de nº RBR-2ksw7mc.

4.7 Etapas da pesquisa

No CRAS - a intervenção ocorreu entre os meses de agosto a setembro de 2018. Todos os CRAS do município de Dourados foram convidados por e-mail a participarem da pesquisa, porém apenas um manifestou interesse, o CRAS Canaã 1, localizado na Rua Candido de Carvalho - Canaã I, Dourados - MS, no bairro Canaã 1 (SAS, 2021).

Foi então realizada uma visita pela pesquisadora ao CRAS Canaã 1 para explicar à gerente responsável sobre o objetivo do estudo, metodologia e organização das atividades, assim como sobre a disponibilidade da equipe e o local para as práticas.

Logo depois, foi realizada pela gerente uma pré-seleção dos participantes, por meio dos prontuários dos idosos cadastrados no SCFV, considerando o critério da idade e posteriormente realizado o convite aos mesmos.

Depois, os idosos participaram de uma conferência de abertura, apresentação de Mindfulness e do estudo e foram previamente avaliados pelos entrevistadores treinados para o estudo.

Na UNAMI – A intervenção ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2019. Os idosos foram convidados durante as aulas do projeto, e, posteriormente o convite foi ampliado por meio da divulgação pelo site e redes sociais da Universidade.

Os idosos foram previamente selecionados e convidados a participarem da palestra de abertura, com apresentação de Mindfulness e coleta inicial dos dados de investigação do estudo e as demais etapas seguiram conforme apresentação na figura 2.

Figura 2 – Fases da intervenção do estudo

Palestra de abertura sobre a finalidade da pesquisa. Apresentação do conceito, estudos e evidências sobre Mindfulness. Explicação e distribuição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante.
Aplicação do questionário de caracterização sociodemográfico do idoso.
Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens;
do Miniexame do Estado Mental; e
da Escala de Atenção Plena e Consciência;



- Sessão1 (O que é Mindfulness? Saindo do piloto automático);
- Sessão 2 (Mindfulness da Respiração)
- Sessão 3 (Mindfulness na vida diária)
- Sessão 4 (Estendendo as habilidades de Mindfulness para situações desafiadoras);
- Sessão 5 (Mindfulness da mente e dos pensamentos)
- Sessão 6 (Prática do silêncio),
- Sessão 7 (Mindfulness e compaixão)
- Sessão 8 (Mindfulness para a vida toda)



Follow-up de 30 dias. Verificar se a prática foi mantida ao longo do tempo



- Aplicação do questionário de caracterização sociodemográfico
- da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens;
- do Miniexame do Estado Mental; e
- da Escala de Atenção Plena e Consciência.

4.8. Tratamento estatístico

Os dados foram digitados no programa Excel for Windows Explorers e em seguida exportados para análise no software Minitab 18 (Minitab Inc.). As variáveis quantitativas e qualitativas foram analisadas descritivamente por meio de frequências absolutas e relativas, e algumas mediante cálculo de medidas de tendência central e de dispersão.

Foi utilizado o teste t para amostras pareadas na comparação dos escores dos instrumentos EDG, MAAS, MEEM antes e após a intervenção. Utilização do teste de Análise de Variância (ANOVA) com teste de comparação múltipla de Tukey post-hoc para comparação dos escores dos instrumentos EDG, MAAS, MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral com mais de 2 níveis. Aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores dos instrumentos com as variáveis contínuas de caracterização amostral (ZAR, 2009).

Para este estudo, considerou-se resultado estatisticamente significativo quando $p < 0,050$ e intervalo de confiança de 95%.

5. RESULTADOS

Conforme proposto no objetivo geral, foi realizada uma análise para verificar os efeitos de Mindfulness sobre os sintomas depressivos, estado mental e atenção consciente em pessoas idosas.

Os resultados geraram um artigo publicado no periódico INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH, ISSN: 2230-9926, qualis/CAPES A2 na área interdisciplinar (fator de impacto 7,012) e estão apresentados no Apêndice 1.

Os demais objetivos foram respondidos e estão no Apêndice II, III e IV, na forma de artigos intitulados:

“Efeitos da prática de Mindfulness nos sinais preditores da depressão em idosos”

“O efeito de um programa de Mindfulness na atenção consciente dos idosos”.

“O efeito de uma intervenção baseada em Mindfulness na resposta cognitiva em idoso”.

6. CONCLUSÃO

Concluimos que após a intervenção de Mindfulness os idosos não apresentaram escores que predisõem a sintomas depressivos, entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre antes e depois da intervenção.

Quando analisamos a atenção consciente dos idosos encontramos diferenças significativas ($p=0,014$) nos escores após a intervenção de Mindfulness. Esse resultado pressupõe que a

intervenção realizada mostrou potencial para aumentar a capacidade de Mindfulness dos pacientes, sendo considerado um efeito positivo para os idosos avaliados.

Quanto o rastreamento do estado mental, encontramos diferenças significativas ($p < 0,001$) nos escores do MEEM evidenciando que o escore foi significativamente superior no pós-intervenção quando comparado ao escore obtido anteriormente. Este resultado pressupõe que a intervenção realizada apresentou efeito positivo no potencial cognitivo dos idosos avaliados.

Tais achados sugerem que uma breve intervenção de 8 semanas pode ser útil para idosos como medida de promoção da saúde, pois proporcionam meios para que os idosos consigam manejar problemas estressantes, assim como, administrar ou perceber quando as emoções oriundas de situações desestabilizadoras da vida estão afetando os padrões psicológicos e físicos. Manter a preservação da função cognitiva em idosos, seja por Mindfulness ou outra prática integrativa complementar é algo de extrema importância para manter sua independência e melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C. **Velhice uma nova paisagem**. São Paulo: Ágora, 2017.

AHMADPANA, M. et al. Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 257, p. 87-94, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.030>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ALLEN, R. J.; ATKINSON, A. L.; NICHOLLS, L. A. B. Strategic prioritisation enhances young and older adults' visual feature binding in working memory. **Quarterly Journal of Experimental Psychology**, Cambridge, v. 74, n. 2, p.363-376, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1747021820960712>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ALMEIDA, N. A. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v. 20, n.1, p.143-153, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>. Acesso em: 24 jun. 2021.

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.7.2008.tde-07052009-083059>. Acesso em: 06 jul. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5. ed. Rio de Janeiro: ArtMed, 2014.

ARAÚJO, L. F.; CASTRO, J. L. C.; SANTOS, J. V. O. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 14-23, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.24879/2018001200200130>. Acesso em: 30 jun. 2021.

ARAUJO, R. V. et al. Efeito da meditação no nível de estresse psicológico de mulheres com neoplasia mamária: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03529, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031303529>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BARROS, V. V et al. Validity evidence of the brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre. v. 28, n. 1, p. 87-95, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BORSON, L. A. M. G.; ROMANO, L. H. Revisão: o processo genético de envelhecimento e os caminhos para a longevidade. **Revista Saúde em Foco**, Amparo, v. n.12, p. 239-244, 2020. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/saude-em-foco/ano-2020/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Datasus; Brasília; 2019a. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**, Brasília; 2019b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília; 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social. Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília; 2017. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/perguntas_e_respostas/PerguntasFrequentesSCFV_032017.pdf. Acesso em: 07 ab. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal**: atualizada até a EC n. 108/2020. 13. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61 n. 3. p. 777-781, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BUSATO, I. M. S; CUBAS, R. F. Políticas de saúde no Brasil. Curitiba: InterSaberes, 2020.

CAMPOS, F. A. A. C.; FEITOSA, F.B. **Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos (PDDA)**. Curitiba: Appris, 2018.

CAO, Q. et al. The prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Alzheimer's Disease**, Amsterdam, v.73, n.3, p.1157–1166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JAD-191092>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CARVALHO, J. L. S.; NOBREGA, M. P.S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre - RS, v.38, n. 4, e.2017-0014, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CASADEI, G. R.; BENNEMANN, R. M.; LUCENA, T. F. R. Influência das redes sociais virtuais na saúde dos idosos. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v.16 n.29; p. 1962-1975, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.18677/EnciBio_2019A152. Acesso em: 25 jun. 2021.

CASTRO-COSTA, E. et al. Função cognitiva em idosos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52, 2018.Supl. 2: 4s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000629>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CEBOLLA, A.; DEMARZO, M. **Mindfulness e ciência**: da tradição à modernidade. São Paulo: Palas Athena, 2016.

CECCHINI, M. A. et al. Envelhecimento e cognição: memória, funções executivas e linguagem. In FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2016.p. 1423-1426.

CÉSAR, K. G. et al. Prevalence of cognitive impairment without dementia and dementia in Tremembé, Brazil. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, United States, v.30, n.3, p.264-71, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WAD.000000000000122>. Acesso em: 06 jul. 2021.

COSTA, A. C. V. **Neurociência da consciência e seus estados modificados**. Curitiba: Contenus, 2020.

COSTA, A.; BARNHOFER, T. Turning towards or turning away: a comparison of mindfulness meditation and guided imagery relaxation in patients with acute depression. **Behavioral and Brain Sciences**, Cambridge, v.44, n.4, p. 410-419, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1352465815000387>. Acesso em: 06 jul. 2021.

COSTA, M. S. P. O. Uso de mindfulness nas intervenções neuropsicológicas. In: SERAFIM, A.D.P.; ROCCA, C.C.D.A.; GONÇALVES, P.D (Org.). **Intervenções neuropsicológicas em saúde mental**. Barueri: Manole, 2020. p.127-139.

CURCIO, C. L. et al. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. **Colombia Médica**, Cali, v. 50, n. 2, p. 77-88, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4013>. Acesso em: 02 jul. 2021.

DACAL, M. D. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro - RJ, v. 42, n. 118, p. 724-735,2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811815>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v.18, n.2, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923/pdf_1. Acesso em: 24 jun. 2021.

DEMARZO, M. M. P. **Mindfulness e promoção da saúde**. 2018. Tese (Livre docência) – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Demarzo/publication/329612114_MINDFULNESS_E_PROMOCAO_DA_SAUDE/links/5c124d4b4585157ac1bf2513/MINDFULNESS-E-PROMOCAO-DA-SAUDE.pdf. Acesso em: 08 jul. 2021.

DINIZ, L. R. et al. **Geriatria**. Rio de Janeiro: MedBook, 2020.

- DONOVAN, N. J. et al. Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. Chichester, v.32, n.5, p:564-573, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.4495>. Acesso em: 06 jul. 2021.
- DRUMOND, S. **Psicologia positiva e mindfulness**. Curitiba: Contentus, 2020.
- DUARTE, Y. A. O.; DOMINGUES, M. A. R. **Família Rede de suporte social e envelhecimento: instrumento de avaliação**. São Paulo: Blucher, 2020.
- ERMEL, R. C. et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v.9, n.2, p. 1315-1320, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.25248/REAS98_2017. Acesso em: 06 jul. 2021.
- FALCÃO, D. V. S.; CARVALHO, I. S. Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L.F (Org). **Idosos e saúde mental**. Campinas: Papyrus editora, 2016. p.8-31.
- FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2021.
- FILARDI, A. C. O. et al. O uso de psicofármacos associado ao desenvolvimento de incapacidade funcional em idosos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v.28, n.1, p. 56-60, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190905_224559.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.
- FULONE, I.; LOPES, L. C. Potentially inappropriate prescriptions for elderly people taking antidepressant: comparative tools. **BioMed Central Geriatrics**, London, v. 17, n.1, p.278.287, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0674-2>. Acesso em: 06 jul. 2021.
- GALE, S. A.; ACAR, D.; DAFFNER, K. R. Dementia. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 131, n. 10, p.1161-1169, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.01.022>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- GATO, J. M. et al. Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Avances en Enfermeira**, Bogotá, v. 36 n.3, p 302-310, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>. Acesso em: 06 jul. 2021.
- GERMER, C. K.; SIEGEL, R.; FULTON, P. R. **Psicoterapia e mindfulness**. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- GIL, I.M. A. et al. Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: protocolo de revisão sistemática. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.4, n.16, p. 155-160, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17055>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- GILBERT, S. F. **Biologia do desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- GIRARD, T. V. G.; FEIX, L. F. Mindfulness: concepções teóricas e aplicações clínicas. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - HIGIA**, Barreiras, v.1, n.2, p.94-124, 2016. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/132/135>. Acesso em: 06 jul. 2021.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão em idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>. Acesso em 06 jul. 2021.

HALLER, H. et al. Complementary therapies for clinical depression: an overview of systematic reviews. **BMJ Open**, London, v. 9, n. e028527, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028527>. Acesso em: 06 jul. 2021.

HERDY, J. S. Envelhecimento: aposentadoria e velhice - fases da vida. **GIGAPP Estudos Working Papers**, Madrid, v. 7, n. 150-165, p. 242-260, 2020. Disponível em: <http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/184/199>. Acesso em: 23 jun. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (IBGE). **Sinopse do Censo demográfico 2010: resultado da amostra por município**. 2017. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/dourados/panorama>. Acesso em: 09 abr. 2019.

IZQUIERDO, I. **Memória**. 3 ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2018.

JEREZ-ROIG, J. et al. Depressive symptoms and associated factors in institutionalized elderly. **Experimental Aging Research**, Bar Harbor, v.42, n.5, p.479-491, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0361073X.2016.1224673>. Acesso em: 06 jul. 2021.

KABAT-ZINN, J. **Viver a catástrofe total**. como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença.ed. rev. atual. São Paulo:Palas Athena, 2017.

KHALEDI, M. et al. The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. **Acta Diabetologica Latina**, Berlin, v. 56, p.631–650, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00592-019-01295-9>. Acesso em: 06 jul. 2021.

KUMAR, A. et al. **Alzheimer Disease**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499922/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, p.398-401, 2016. Supl.8. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186>. Acesso em: 28 jun. 2021.

LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEE, S. M; CHOI, H. C; HYUN, M. K. An overview of systematic reviews: complementary therapies for cancer patients. **Integrative Cancer Therapies**, Thousands Oaks, v. 18, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534735419890029>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LILJA, J. L. et al. Mindfulness-based cognitive therapy is effective as relapse prevention for patients with recurrent depression in Scandinavian primary health care. **Scandinavian Journal of Psychology**. v.57, n.5, p.464-472, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sjop.12302>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LIMA, S. et al. Medication adherence in alzheimer's disease: the mediator role of mindfulness. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v.67, p.92-7, 2016. Disponível em: 47

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.021>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LIU, S.; QIU G.; LOUIE, W. Use of mindfulness sitting meditation in chinese american women in treatment of cancer. **Integrative Cancer Therapies**, Thousands Oaks, v. 16, n. 1, p. 110-117, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534735416649661>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LIVINGSTON, G. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **Lancet**. London, v.396, n.10248, p.413-446, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6). Acesso em: 06 jul. 2021.

LOPES, E. D. S. et al. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 05, p. 628-638, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>. Acesso em: 02 jul. 2021.

LUNARDI, A. C (org.). **Manual de pesquisa clínica aplicada à saúde**. São Paulo: Blucher, 2020.

MAISSIAT, J.; BIAZUS, M. C. V. Comunicação entre gerações: uso das novas tecnologias de informação e comunicação como meio de inclusão social de idosos. In: TERRA, N. L. et al. **Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento**. Porto Alegre: Edipucrs, 2016. p. 95 - 100.

MALHI, G. S.; MANN, J. J. Depression. **The Lancet Public Health**, London, v. 392, n. 10161, p. 2299-2312, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2). Acesso em: 06 jul. 2021.

MARQUET, M. et al. Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v.11, p. 1129-39, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S105298>. Acesso em: 02 jul. 2021.

CEBOLA, A.; DEMARZO, M. O que é mindfulness. In: MARTÍ, A. C.; GARCIA-CAMPAYO, J. G.; DEMARZO, M. (Org). **Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade**. São Paulo: Athena, 2016.p. 19-36.

MARTINS, A. Á. et al. **Epidemiologia**. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

MATHUR, S.; SHARMA, M. P.; BHARATH, S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: a case series. **International Journal of Yoga Therapy**, Little Rock, v.9 , n.2, p.168-172, 2016. Disponível em: <https://www.ijoy.org.in/text.asp?2016/9/2/168/183711>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MCCOLLUM, L.; KARLAWISH, J. Cognitive impairment evaluation and management. **The Medical Clinics of North America**. Filadélfia, v.104, n.5, p. 807-825, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.06.007>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MELO-SILVA, A. M. et al. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Supl. 2, 3s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000639>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MENDES-CHILOFF, C. L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, e180014, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MORAES, G. V. O. et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 309-329, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100017>. Acesso em: 02 jul. 2021.

MOTTA, C. C. L.; MORÉ, C. L. O. O.; NUNES, C. H. S. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 22, n.3, p. 911-920, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27982015>. Acesso em: 06 jul. 2021.

NUNES, J. R.; ALENCAR, G. L. R.; CASTRO, M. G. M. Revisão integrativa de literatura acerca do tratamento de depressão na atenção primária de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.12, p.97677-97691, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-311>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PANZERI, A. et al. Gender differences and long-term outcome of over 75 elderlies in cardiac rehabilitation: highlighting the role of psychological and physical factors through a secondary analysis of a cohort study. **European journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, Torino, v. 57, n.2, p.288-297, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06484-4>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.39, n.6. p.918–923, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PEIXOTO, J. M.; SANTOS, S. M. E.; FARIA, R. M. D. Processos de desenvolvimento do raciocínio clínico em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 75-83, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160079>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PINTO, L. F. et al. 40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à saúde no Brasil e no mundo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 4 p. 1178, 2020. p. 1178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01012020>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PIRES, J. G. et al. Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: uma revisão. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.14, n.3, p. 329-338, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15689/ap.2015.1403.04>. Acesso em: 07 jul. 2021.

QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. **Depressão: teoria e clínica**. 2 ed. Porto Alegre, Artemed, 2019.

REIS, R. D. et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 641-650, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>. Acesso em: 02 jul.2021.

RIBEIRO, A. M. F. et al. Factors related to difficulty sleeping in adults and older people registered with the Family Health Strategy. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro. v.14, n. 4, p.236-243, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000053>. Acesso em: 07 jul. 2021.

- RIBEIRO, E. R. et al. As condições de saúde e qualidade de vida de indivíduos com déficit auditivo. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 8898-8910, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-400>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- RODRIGUES, N. C. **Gerontologia social para leigos**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol - epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook , 2017.
- RUELA, L. O. et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SÁNCHEZ, C. et al. Prevalência de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, v. 54, n.6, p. 346-355, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SANTOS, C. S. et al. Avaliação da confiabilidade do minixame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n.3, p. 406-412, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18879>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SANTOS, C. T. B. et al. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1233-1240, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SANTOS, J. O. et al. Autoestima e risco para depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.21, n.1, p.59-70, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2020v21n1p59>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SANTOS, P. A. et al. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. **Audiology: Communication Research**, São Paulo, v.24, e2058, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058>. Acesso em: 02 jul. 2021.
- SCAZUFCA, M. et al. Public stigma towards older adults with depression: findings from the São Paulo-Manaus elderly in primary care study. **PLoS ONE**, San Francisco, vol.11, e0157719, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157719>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SHELL, L. K. et al. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n.3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011518.pub2>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SCHENKER, M. C.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SCHUH, L. et al. Meditação: uma estratégia de cuidado em saúde para estudantes universitários. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.11, n.9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769243156>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL - (SAS). Prefeitura de dourados. Dourados, 2021. Disponível em: <https://www.dourados.ms.gov.br/index.php/fotos-do-cras-canaa-i/>. Acesso em 04 fev.2021.

SEGAL, Z. V. et al. Outcomes of online mindfulness-based cognitive therapy for patients with residual depressive symptoms: a randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**. Chicago v.77, n.6, p.563-573, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4693>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SHAPIRO, S.; SIEGEL, R.; NEFF, K. D. Paradoxes of Mindfulness. **Mindfulness**, Santa Clara, v. 9, p. 1693-1701,2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0957-5>. Acesso em 03 jul. 2021.

SHIN, M. et al. Effects of process-based cognitive training on memory in the healthy elderly and patients with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. **Psychiatry Investigation**, Seoul,v. 17, n.8, p.751-761, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0225>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, A. K. A. G. et al. Sintomas depressivos em grupos de terceira idade. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro. v.11, n.2, p. 297-303, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.297-303>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, G. K. F. et al. Política nacional de práticas integrativas e complementares: trajetória e desafios em 30 anos do sus. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300110, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, G. S. R. et al. Visão do idoso sobre a morte. **Revista Interdisciplinar**, Terezina, v.11, n.4, p.30-41, 2018. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1173/pdf_391. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, M. M.; TURRA, V.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Idoso, depressão e aposentadoria: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 119-136, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2858>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. The concept of health in collective health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 01, e290102, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>. Acesso em: 08 jul. 2021.

SILVEIRA, D. R. et al. A percepção de idosos sobre sofrimentos ligados à sua fragilização.**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 215-222, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170126>. Acesso em 07 jul. 2021.

SJÖBERG, L. et al. Prevalence of depression: comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam. v. 221, p.123-131, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.011>. Acesso em 07 jul. 2021.

SOLHA, R. K. D. T. **Saúde coletiva para iniciantes** - políticas e práticas profissionais .2. ed. São Paulo:Saraiva, 2018.

- SOPEZKI, D.; TATTON, T.; BARROS, V. **Mindfulness**: um guia para o autoconhecimento. Rio de Janeiro: Alta Books, 2021.
- SOUZA, A. B. R. **Velho, eu?** A consciência do envelhecer. Rio de Janeiro: Galenus, 2017.
- SOUZA, I. C. W. **Mindfulness e terapia cognitivo-comportamental**. Barueri: Manole, 2020.
- SOUZA, R. A. et al. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 2, p. 244-252, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209j>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SOUZA, R. K. M. et al. Prevalência de demência em pacientes atendidos em hospital privado da região Sul do Brasil. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.18, eAO4752, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4752. Acesso em 07 jul. 2021.
- SOUZA, R. A. **Avaliação e acompanhamento do quadro emocional de idosos assistidos na Atenção Básica**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados. 2010. Disponível em: http://www.uems.br/assets/biblioteca/repositorio/2011-08-22_14-41-25.pdf. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SOUZA, R. A. et al. Current potential of experiences with mindfulness in elderly people: integrative review. **International Journal of Development Research**, v. 9, n.1, p. 25103-25108, 2019. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/current-potential-experiences-mindfulness-elderly-people-integrative-review>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SOUZA, R. A. **Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.7.2013.tde-12082014-163232>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- SUZIN, G. et al. Differences in semantic memory encoding strategies in young, healthy old and mci patients . **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v.11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00306>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- TARRASCH, R.; ZOHAR, B.; FRIEDMANN, N. Mindful reading: mindfulness meditation helps keep readers with dyslexia and adhd on the lexical track. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 7, n. 578, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00578>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n.86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- THOMAS, A.; NORMAN, F A. S. Personalising practice using preferences for meditation anchor modality. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v.9, p. 2521, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02521>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- GOMES, J. O.; CUSTÓDIO, O.; MENON, M. A. Diagnóstico e manejo da depressão no idoso. In: TOMMASO, A. B. G. D et al. (Org.). Geriatria: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. p. 292-312.

TONETI, B. et al. Benefícios do qigong como prática integrativa e complementar para a saúde: revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3317, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3718.3317>. Acesso em: 07 jul. 2021.

TÓTORA, S. Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v.20, n.1, p.239-258, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p239-258>. Acesso em 07 jul. 2021.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL - UEMS. **Universidade Aberta para a Melhor Idade**, 2021. Disponível em: <http://www.uems.br/unami/menu/801cd2b8356425ae1d39ea50a62d3ee1>. Acesso em: 06 jul. 2021.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em 07 jul. 2021.

WEINREB, M. E.; VIDAL, F. A. Discussões sobre o envelhecimento e a imagem corporal com mulheres em situação de vulnerabilidade. **Revista Educação, Artes e Inclusão**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.102-121, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.5965/1984317815022019102>. Acesso em: 07 jul. 2021.

WIELGOSZ, J. et al. Mindfulness meditation and psychopathology. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v.15, p.285-316, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>. Acesso em 07 jul. 2021.

WON, J. et al. Semantic memory activation after acute exercise in healthy older adults. **Journal of the International Neuropsychological Society**, Cambridge, n.25, n.6, p. 557-568, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1355617719000171>. Acesso em 07 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression: let's talk campaign essentials**. World Health Organization, 2017a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>. Acesso em: 04 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. 2017b. http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en. Accessed 03 Jun 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health of older adults**. Relatório Mundial da Saúde. Genebra, 2017c. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 05 jun. 2021.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 5. ed. New Jersey: Essex: Prentice Hall, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ARTIGO 1

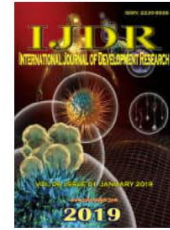


ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 09, Issue, 01, pp.25103-25108, January, 2019



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

CURRENT POTENTIAL OF EXPERIENCES WITH MINDFULNESS IN ELDERLY PEOPLE: INTEGRATIVE REVIEW

¹Rosely Almeida Souza, ¹Adaele Lúcia Nogueira Vieira da Silva, ²Ordylette Gomes Penque
¹Adriano Menis Ferreira and ³Márcia Regina Martins Alvarenga

¹Nurse, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil

²Mindfulness Instructor, Certified by MENTE ABERTA – Brazilian Center for Mindfulness and Health Promotion (“Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção de Saúde”, in Portuguese language), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil

³Nurse, State University of Mato Grosso do Sul, Dourados, Mato Grosso do Sul, Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th October, 2018
Received in revised form
21st November, 2018
Accepted 09th December, 2018
Published online 30th January, 2019

Key Words:

Mindfulness, Aged,
Cognitive Therapy.

ABSTRACT

Mindfulness-Based Interventions (MBI) have had positive results with elderly people, thus the purpose of this study was to analyze the scientific publications on the effects of Mindfulness on the elderly population. It is an integrative literature review based on the following steps: development of the guiding question; search for studies in databases; selection of papers; data extraction; evaluation of the selected studies; analysis and synthesis of the results; and review presentation. The guiding question was: What does the scientific literature evidence about Mindfulness intervention in the elderly? Data were collected in the databases: National Library of Medicine (PUBMED), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). The keywords were: Mindfulness, aged, Cognitive Therapy. The main effects found were: reduction of depressive symptoms; reduction of blood pressure, stress, and anxiety; acceptance of the disease and disabilities; improvement in sleep quality; relief of dyspnea; control of pain; and attenuation of cognitive decline. Despite the important findings, other follow-up studies are needed for this intervention and comparison between the age groups.

Copyright © 2019, Rosely Almeida Souza et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Rosely Almeida Souza, Adaele Lúcia Nogueira Vieira da Silva, Ordylette Gomes Penque Adriano Menis Ferreira and Márcia Regina Martins Alvarenga. 2019. “Current potential of experiences with mindfulness in elderly people: Integrative Review”, *International Journal of Development Research*, 9, (01), 25103-25108.

INTRODUCTION

In 2015 the population over 60 years old was about 700 million people and, by 2050, it is expected to rise to 2 billion (United Nations, 2015). This phenomenon is driven by improvements in living and health conditions and the control and eradication of endemic diseases, associated with the decrease in the birth and infant mortality rates (Zieliński, 2013). The main challenges for this phenomenon are to promote quality aging facing demographic, sociological, political, and economic problems. Longevity is determined by some factors, such as living conditions, food quality, access to health and social services, as well as by different risk behaviors (Zieliński, 2013).

*Corresponding author: Rosely Almeida Souza

Nurse, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil

Old age is characterized by a period of losses ranging from changes in skin texture, physiological changes, and loss of spouse, friends, physical functionality, and social status. To deal with the challenges of this phase, it is necessary to develop resilience, control the depressive symptoms, and preserve the cognitive capacity (Wosiack et al., 2017; Fayyaz et al., 2018). In this perspective the deterioration of the elderly's health is the main concern of different models of health. In addition to the major diseases typical of the aging process, the elderly population is also vulnerable to excessive worry, anxiety disorders, and depression (Andrade et al., 2010). The prevalence of severe depression is of 4.6% to 9.3% in patients over 75 years old and increases to 27% in those over 85 years old, being among the largest causes of disability in the world (Meeks et al., Volkert et al., 2013). In Brazil, depression in individuals aged 50 years old or over is the second cause of hospitalization, which corresponds to

18.6%(Melo-Silva *et al.*2018). Drug treatment has been the most widely used option for these purposes; however, it should be considered that the elderly person takes several medicines daily for various morbidities, and both the excess and the interaction of these medicines contribute to adverse reactions. A US study has shown that the use of antidepressants, regardless of dosage and/or period of use, increases the risk of falls in the elderly (Marcum *et al.*,2016). Benzodiazepines frequently used to treat anxiety and insomnia increase the risk of cognitive impairment and delirium (Oliveira *et al.*, 2017). It is emphasized that new strategies are necessary to offer complementary assistance to these elderly people. Mindfulness-Based Interventions (MBI) have had positive results in different contexts. Mindfulness has its origins in the Buddhist teachings, being a word derived from the *Sati* in the Pali language, which means to remember or recollect its object of attention (Martí *et al.*, 2016).

Jon Kabat-Zinn(2003) brought this knowledge to the scientific community, used before only in Buddhism and other religions. In 1979, he created the first stress reduction program, the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), supporting the creation of other programs for the most diverse clinical situations, such as: the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for relapses of depression; Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) for prevention of addictive behaviors, and Mindfulness-Based Approaches to Pain and Illness (MBPI) for pains and diseases (Martí *et al.*, 2016). The MBI protocols integrate body and mind, including postures, breathing, movements, and meditation. The development of an introspective consciousness, rescuing and directing the thought to the present moment, is strongly required (Martí *et al.*,2016). The MBIs encompass self-regulated attention and an orientation to experience. The intervention is based on the establishment of anchors, such as breathing; from this moment all sensory perceptions must be directed to this point. When initiating the process of distancing from the anchor, the individual needs to self-regulate to its anchor, being this a cyclical process. With daily practice the individuals can experience the benefits of Mindfulness in the most diverse situations of their daily life (Jon Kabat-Zinn, 2003; Martí *et al.*, 2016; Dermazo *et al.*, 2015). Thus, this study aimed to analyze the scientific publications about the potential of Mindfulness with the elderly population.

the selected studies; analysis and synthesis of the results; and review presentation (Soares *et al.*, 2014). The guiding question was: What does the scientific literature evidence about Mindfulness intervention in the elderly?

Data were collected in the databases: National Library of Medicine (PUBMED), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). The keywords used to carry out the research were: (Mindfulness), (aged), (Cognitive Therapy).

The inclusion criterion were: research with human beings that investigated population over 60 years old, full texts in English, Portuguese, and Spanish, and free and open access texts. The exclusion criteria were: papers that, despite presenting the selected terms, did not answer to the guiding question and duplicate studies between the bases. This review was not based on studies carried out in a determined time period, thus seeking a greater analysis of papers published since the validation of the technique in the scientific environment. After applying the inclusion and exclusion criteria, a form was used as a tool to gather information referring to: databases, authors, country, and year, goals, methodological description, main results, and level of evidence.

The studies were classified in seven levels: (I) evidence from a systematic review or meta-analyses of randomized controlled clinical trials or clinical guidelines based on systematic reviews of randomized controlled clinical trials; (II) evidence from at least one well-designed randomized controlled clinical trial; (III) evidence from well-designed non-randomized clinical trials; (IV) evidence from well-designed cohort and case-control studies; (V) evidence from a systematic review of descriptive and qualitative studies; (VI) evidence from a single descriptive or qualitative study; (VII) evidence from the opinion of authorities and/or report of expert committees. According to this classification, levels I and II are considered strong evidence, III and IV, moderate, and from V to VII, weak (Melnyk e Fineout-Overholt, 2011). The processes to identify, select, and include the studies happened in three stages: exclusion of duplicate articles, reading of titles and

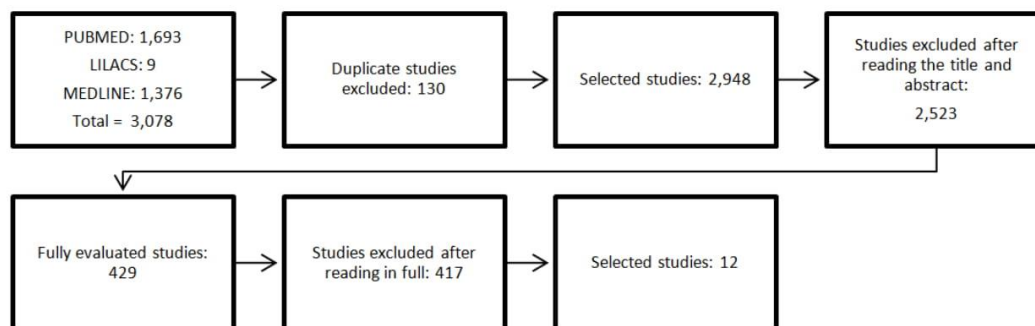


Figure 1. Identification and selection flowchart of the studies – Campo Grande, MS, Brazil, 2018

MATERIALS AND METHODS

It is an integrative literature review based on the following stages: development of the guiding question; search for studies in databases; selection of papers; data extraction; evaluation of

abstracts, and finally a full reading of the articles in order to answer the guiding question. Figure 1 illustrates the article selection process of this review.

Table 1. Distribution of the studies according to database, authors, country and year, goals, methodological description, main results, and level of evidence – Campo Grande, MS, Brazil, 2018

Database Authors	Country/ Year	Objectives	Methodological description	Main results	Level of Evidence
LILACS. Franco <i>et al.</i>	Spain, 2017	To analyze the effects of a Mindfulness training program on anxiety, concern, and depression in a sample of elderly people.	Quasi-experimental study controlled by pre and post-test measurements	There was a significant reduction in the symptoms of depression, anxiety, and concern by using the technique in relation to the control group.	IV
PUBMED Wetherell <i>et al.</i>	United States, 2017	To determine if the neurocognitive performance and clinical outcomes can be improved by a Mindfulness-based intervention in the elderly with stress disorders and cognitive complaints. To explore the activity of the hypothalamic – pituitary – adrenal axis as a potential mechanism.	Randomized controlled clinical trial	The MBSR intervention contributed to improve the score related to pathological concern and the short-term memory. In addition it reduced the hormone cortisol in elderly participants of the MBSR.	II
PUBMED Ashton <i>et al.</i>	England, 2017	To examine the plasma levels of the neuroprotective protein RE1-Silencing Transcription factor (REST) that protects the brain of the elderly from stress (REST) with respect to clinical and biological markers of neurodegeneration and to change plasma REST levels through a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).	Cohort	Mindfulness-based training was responsible for increasing levels of the neuroprotective protein REST, and the clinical benefit was the reduction in psychiatric symptoms associated with stress and risk of Alzheimer's disease.	IV
PUBMED Chan <i>et al.</i>	United States, 2015	To investigate the application of a Mindfulness program adapted for people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and to explore the use of breathing time parameters.	Randomized controlled clinical trial	The Mindfulness-based intervention in patients with COPD showed viability and acceptability. The results suggest a relation between respiratory parameters, emotion, and full attention. Patients learned to be more aware of their dyspnea, improving the disease control and increasing well-being.	II
PUBMED Moss <i>et al.</i>	United States, 2015	To test the feasibility and efficacy of a Mindfulness program adapted for the elderly in a continuing care community.	Mixed study (Qualitative and Randomized clinical trial)	Significant improvement in acceptance and psychological flexibility related to physical limitations. The participants reported increased awareness, less judgment, and greater self-love.	IV
PUBMED Gard <i>et al.</i>	United States, 2014	To analyze the effects of meditation on age-related cognitive decline.	Systematic review	Mindfulness-based meditations tend to compensate for age-related cognitive decline and even contribute to the increase of cognitive abilities in older adults.	I
PUBMED Szanton <i>et al.</i>	United States, 2011	To verify the perceptions of a mindfulness-based program implemented with a group of elderly from low-income minorities.	Qualitative focus group study	The intervention reduced the stress in the lives of the elderly caused by physical pain, medical examinations, financial problems, having grandchildren with mental difficulties, and low income. In addition, it enabled the elderly to deal with depression and anger.	VI
PUBMED Morone <i>et al.</i>	United States, 2008	To identify the effects of mindfulness meditation on the elderly with chronic low back pain (CLBP).	Qualitative content analysis study	The participants reported well-being during and after the mindfulness sessions. It also improves mood, attention and sleep, and reduces pain.	VI
MEDLINE Lima <i>et al.</i>	Portugal, 2016	To analyze the relationship between psychological variables such as social support, family satisfaction, psychological morbidity, disease awareness, coping, Mindfulness, and medication adherence in patients with Alzheimer's disease.	Cross-sectional study	Mindfulness was a mediator in the relationship between disease awareness and medication adherence.	VI
MEDLINE Morone <i>et al.</i>	United States, 2016	To determine the effectiveness of Mindfulness in reducing pain in older adults with chronic low back pain.	Randomized double-blind clinical trial	It evidenced improvement in the short and long term in the intensity of the symptoms of low back pain after the Mindfulness-based intervention.	II
MEDLINE Frias <i>et al.</i>	United States, 2015	To examine the link between stress and health-related quality of life in elderly people who practice Mindfulness-based intervention.	Cross-sectional study	It showed that the practice of Mindfulness can protect middle-aged adults and elderly from the known harmful effects of mental health stress.	VI
MEDLINE Paltia <i>et al.</i>	United States, 2012	To test the feasibility and acceptability of a mindfulness-based program for low-income elderly and to check for differences in the participants' blood pressure.	Randomized controlled trial	The mindfulness-based intervention significantly reduced the blood pressure of low-income elderly people.	II

RESULTS AND DISCUSSION

The final sample consisted of 12 papers, being the oldest from 2008 and the most current from 2017. In Figure 2 we can verify that nine (75%) studies were carried out in the United States, and only one (8.3%) in Spain, England, and Portugal. Studies addressing the MBIs for the elderly population are scarce; however, the literature shows that its benefits are positive for this public in different countries. Scientific production has pointed out that internationally the number of researches on MBI involving elderly has called the attention of many researchers, gradually increasing each year. The findings evidenced the concern of developed nations with the construction of complementary models in the care of the elderly population, considering that the substantial increase of this portion of the population is already a reality in these countries. It is noteworthy that five (41.6%) studies of evidence I and II and seven (58.3%) of evidence IV and VI were found. Among the results, the literature has shown that there is a wide variety of situations and diseases, which are recurrent concerns of both the elderly and their family members, and the use of Mindfulness alone and/or associated with another technique has significantly contributed to the improvement of the health conditions of the study population. A study carried out in 2017 pointed out that the practice of Mindfulness decreased the symptoms of depression in the elderly population (Franco *et al.*, 2017). In addition, the intervention helped to mitigate the concern and reduce the harmful effects of stress (Frias e Whyne, 2015).

Several morbidities cause discomfort for both the elderly individuals and their family members, and some of them have no cure such as COPD (Chan *et al.*, 2015), Hypertension (Palta *et al.*, 2012), and Alzheimer (Gard *et al.*, 2014). However, they are likely to be mitigated from the perspective of mental health promotion through the MBIs. This review allowed us to identify the potential of Mindfulness in relation to: depressive symptoms; stress and anxiety; systemic hypertension; chronic obstructive pulmonary disease; chronic pain; cognitive decline; reduction of the hormone cortisol; improvement in memory; and increase in the neuroprotective protein RES. Moreover it contributes to acceptance of preexisting diseases, medication adherence, and improvement in mood and sleep (Franco *et al.*, 2017; Wetherell *et al.*, 2017; Ashton *et al.*, 2017; Chan *et al.*, 2015; Moss *et al.*, 2015; Gard *et al.*, 2014; Szanton *et al.*, 2011; Morone *et al.*, 2008; Lima *et al.*, 2016; Morone *et al.*, 2016; Frias *et al.*, 2015; Palta *et al.*, 2012). The results showed that Mindfulness training program reduced the symptoms of depression in the elderly (Franco *et al.*, 2017). One of the most well-known Mindfulness programs for depression is MBCT, which main strategy is to help individuals to ease recurrent thoughts through attention (Kabat-Zinn, 2003). In this program the attention is fixed in anchors that provide an alternative to not return to the suffering. This process must take place based on the present moment, on the acceptance without judgments of what may arise mentally. Mindfulness programs usually take approximately eight weeks to complete and last two hours. In the meetings the participants are instructed not to judge their experience, to act consciously, and to observe the internal and external experiences (Siegel e Barros, 2018).

At the weekly meetings, the individuals are instructed to do exercises at home to develop their practices. However, this methodology may not have immediate results, so that any individual who may try this intervention should be warned not

to create expectations in order to avoid more suffering (Martí *et al.*, 2016). A research carried out in 2015 pointed out that the state of Mindfulness is a strategy that can be used to protect the elderly from the harmful effects of stress (Frias e Whyne, 2015). Stress can negatively impact the well-being and mental health of the elderly, leading to illness (Oliveira *et al.*, 2016). Among the factors that cause stress in the elderly are feeling of social disconnection, cognitive impairment, coexistence with chronic diseases, and physical disabilities (Conejero *et al.*, 2018). In this context, Mindfulness can protect the elderly's brain by increasing a neurotransmitter referred to as repressor element 1-silencing transcription factor (REST), considered to protect the aged brain from the stress (Ashton *et al.*, 2017). After learning through the Mindfulness-based program, the individuals begin to recognize a stressful situation, and gradually modify the negative pattern of thinking, thus reducing the impact of stress and its physical effects. One of the main mechanisms responsible for the positive effects of Mindfulness is the result of changes in behavior after the learning process, or even a change of perspective. It may also be related to the attentional, cognitive, emotional, and body awareness mechanisms (Martí *et al.*, 2016; Hölzel *et al.*, 2012).

Regarding the chronic obstructive pulmonary disease, it was observed that Mindfulness exercises improve dyspnea (Chan *et al.*, 2015), and help to decrease blood pressure levels (Palta *et al.*, 2012). The MBIs act as facilitators in understanding the relationship between mind and body, and it is emphasized that the result of this intervention is linked to self-observation and the detection of irrational thoughts that cause some kind of suffering (Martí *et al.*, 2016). Regarding pain control, the mental state of Mindfulness changed the way individuals relate to their pain experience and decreased the associated psychopathological symptoms (Morone *et al.*, 2008, Szanton *et al.*, 2011; Morone *et al.*, 2016). In addition, Mindfulness can compensate for cognitive decline related to age (Lupien *et al.*, 2007). The results of Mindfulness and the benefits in cognitive areas are still scarce with the elderly; however, what is known so far is that these benefits are linked to the preservation of normal brain functioning (Gard *et al.*, 2014). A pilot study with 14 participants between the ages of 55 and 90 years old with mild cognitive impairment identified that, after the intervention with MBSR, the participants showed increased functional connectivity in the brain regions between the posterior cingulate cortex, the bilateral medial prefrontal cortex, and the left hippocampus. Suggesting that Mindfulness intervention has the potential to delay cognitive impairment (Wells *et al.*, 2013). Against this prerogative, a controlled clinical trial aimed to investigate the changes in gray matter concentration in participants of an MBSR program using magnetic resonance imaging. It showed that after eight weeks of training it was possible to notice an increase in gray matter in regions of the brain that are involved in the process of learning, memory, and emotional regulation (Hölzel *et al.*, 2012). It is important to highlight the findings regarding the awareness of the disease, acceptance of physical limitation, and awareness of adherence to drug therapy. Individuals who develop the mental state of Mindfulness begin to adopt conscious postures, develop acceptance, a non-judgmental ability that allows them to live with their illness without suffering or denial (Siegel e Barros, 2018; Martí, 2016). Another skill that can be developed during and after Mindfulness programs is compassion, which involves looking at yourself with more love and understanding, and even though

it is an innate characteristic of a human being, it is poorly developed throughout life (Kabat-Zinn, 2003). It is important to stress that Mindfulness is not the solution to all health problems, it will always act as a complement. The results are positive as evidenced in this study; however, the elderly needs to show interest in participating in the programs. Older people who are "open" and "kind" are more likely to do the exercises, as they are curious and more receptive to adhering to the instructions given at the meetings (Barkan *et al.*, 2016).

Conclusion

The potentials found were: attenuation of depressive symptoms, stress, and anxiety; management of hypertension; relief of dyspnea in COPD; improvement in pain and immediate memory; acceptance of health conditions; awareness of adherence to drug treatment; increased self-love and cognitive abilities; elevation of serum REST protein levels in the aged brain. The limitations of the study reside in the sources researched, where the searches were carried out based on the keywords mentioned in the description of the method, which requires other studies and an expansion of the databases searched as well as of the age group regarding the definition of the elderly population used in each country and/or continent. Although the studies show important contributions of the MBIs in the elderly, it is necessary to carry out follow-up studies such as the cohort study, since this intervention needs to be developed daily by the elderly after understanding it.

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) -Finance Code 001"

REFERENCES

- Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima EAR, Mendes CKT. 2010. Promoção da saúde mental do idoso na Atenção Básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto Contexto Enferm.* 19:129-136.
- Ashton NJ, Hye A, Leckey CA, Jones AR, Gardner A, Elliott C, Wetherell JL, Lenze EJ, Killick R, Marchant NL. 2017. Plasma REST: a novel candidate biomarker of alzheimer's disease is modified by psychological intervention in an at-risk population. *Translational Psychiatry.* 7:1-8.
- Barkan T, Hoerger M, Gallegos AM, Turiano NA, Duberstein PR, Moynihan JA. 2016. Personality predicts utilization of mindfulness-based stress reduction during and post-intervention in a community sample of older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 22:390-395.
- Chan RR., Giardino N, Larson JL. 2015. A pilot study: mindfulness meditation intervention in COPD. *International Journal of COPD.* 10:445-454.
- Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. 2018. Suicide in Older Adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging.* 13: 691-699.
- Dermazo MM, Cebolla A, Garcia-Campayo J. The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. *General Hospital Psychiatry.* 37: 166-171.
- Franco C, Amutio A, Mañas I, Gásquez JJ, Pérez-Fuentes MDC. 2017. Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia Psicológica.* 35:71-79.
- Frias CM, Whyne E. 2015. Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health.* 19:201-206.
- Gard T, Hölzel BK, Lazar SW. 2014. The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1307:89-103.
- Hölzel, B. K. *et al.* 2012. 'Meditation practice leads to increases in regional brain gray matter density', *Psychiatry Res.*19:36-43.
- Kabat-Zinn, J. 2003. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructiv Hum Sci.*8:73-107
- Lima S, Gago M, Garrett C, Pereira MG 2016. Medication adherence in Alzheimer's disease: The mediator role of mindfulness. *Arch Gerontology Geriatri.* 67:92-97
- Lupien SJ, Maheu F, Tu M, Fiocco A, Schramek TE 2007. The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for the field of brain and cognition. *brain and Cognition.* 65: 209-237.
- Madiha F, Mehran R, Alia N, Awan SJ. 2018. A systematic review of aging and its causes. *International Journal of Development Research.* 08:23904-23908.
- Marcum ZA, Perera S, Thorpe JM, Switzer GE, Castle NG, Strotmeyer ES, Simonsick EM, Ayonayon HN, Phillips CL, Rubin S, Zucker-Levin AR, Shorr RI, Kang Y, Cinzento SL, Hanlon JT (2016). Antidepressant use and recurrent falls in community-dwelling older adults: findings from the health ABC study. *Ann Pharmacother,* 50:525-533.
- Martí AC, Garcia-Campayo JG, Demarzo M. 2016. Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade (organizadores), tradução Kato DS, Athena, São Paulo, Brasil.
- Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV 2011. A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord.,* 29:126-142.
- Melnik MB, Fineout-Overholt E. 2011. Evidence-based practice in nursing e amp; Healthcare - a guide to best practice. Second edition-be.mWolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. USA.
- Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza junior PRB, Andrade FB, Lima-costa MF. 2018. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica.* 52:1-11.
- Morone NE, Greco CM, Moore CG, Rollman BL, Lane B, Morrow LA, Glynn NW, Weiner DK. 2016. A mind-body program for older adults with chronic low back pain a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine.* 176:329-337.
- Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK 2008. "I felt like a new person." the effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *J Pain.* 9:841-848.
- Moss AS, Reibe DK, Greeson JM, Thapar A, Bubbs R, Salmon J, Newberg AB. 2015. An adapted mindfulness-based stress reduction program for elders in a continuing care retirement community: quantitative and qualitative results from a pilot randomized controlled trial. *J Appl Gerontol.* 34:518-538.
- Oliveira CP, Moraes MA, Moura TC 2016. Intervenções cognitivas comportamentais para manejo de estresse em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática. *Universitas: Ciências da Saúde.* 14:125-132.

- Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. 2017. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatr Gerontol Aging*. 10:168–181.
- Palta P, Page G, Piferi RL, Gill JM, Hayat MJ, Connolly AB, Szanton SL. 2012. Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older adults. *Journal of urban health*. 89:308–316.
- Siegel P, Barros NF. 2018. Mindfulness y Ciencia. de la tradición a la modernidad. *Ciênc. saúde coletiva*. 23:339–341.
- Soares C, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. 2014. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev. esc. enferm. USP*. 48: 329–39.
- Szanton SL, Wenzel J, Connolly AB, Piferi RL. 2011. Examining mindfulness-based stress reduction: Perceptions from minority older adults residing in a low-income housing facility. *BMC complementary altern med*. 31:11–44
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2015. World Population Ageing. pp. 1-151.
- Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. 2013. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 12:339–353.
- Wells RE, Yeh GY, Kerr CE, Wolkin J, Davis RB, Tan Y, Spaeth R, Wall RB, Walsh J, Kaptchuk TJ, Press D, Phillips RS, Kong J (2013). Meditation’s impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: pilot study’, *Neurosci lett*. 556:15–19.
- Wetherell JL, Hershey T, Hickman S, Tate SR, Dixon D, Bower ES, Lenze EJ. 2017. Mindfulness-based stress reduction for older adults with stress disorders and neurocognitive difficulties: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 78:734–743.
- Wosiack RMR, Berlese DB, Barcelos ARG, Cunha GL, Santos GA. 2017. Relationships of SIRT1 and 8-OHdG with resilience, depression and cognition in the elderly. *International journal of Development Research*. 07:14045–14051.
- Zieliński A. 2013. Ageing individuals and ageing populations. *Przeegl epidemiol*. 68:207–212.

Efeitos da prática de Mindfulness em idosos

Resumo: Sintomas depressivos são avisos importantes a serem investigados no processo de envelhecimento, eles interferem na qualidade de vida, atenção e memória. Mindfulness ou Atenção Plena é um estado autoinduzido que permite que o indivíduo possa regular sua atenção em relação ao momento presente e distanciar-se de pensamentos negativos. Este estudo teve como objetivo investigar os efeitos de Mindfulness em idosos e verificar a relação entre EDG e variáveis socioeconômica. Trata-se de um ensaio clínico, com uma amostra de 34 idosos avaliados pré e pós intervenção selecionados em dois cenários distintos. Participaram desse estudo idosos com 60 anos e mais, de ambos os sexos residentes na cidade de Dourados MS. Para avaliação foram utilizados: questionário sociodemográficos, Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e a intervenção proposta foi o protocolo de Mindfulness-Based Health Promotion (MBHP). A análise descritiva foi realizada por meio de cálculos de frequências e medidas de tendência central e de dispersão. Foi realizado teste t para amostras na comparação do instrumento EDG antes e após a intervenção. Utilizou-se o teste de Análise de Variância (ANOVA) com teste de comparação múltipla de Tukey post-hoc para comparação dos escores do EDG em relação às variáveis de caracterização amostral com mais de 2 níveis. Aplicação do teste de correlação de Spearman. Adotou-se nível de significância de 5%. Não foram encontradas diferenças significativas nos escores de sintomas depressivos após a intervenção de Mindfulness. Houve diferenças significativas nos escores da EDG, em relação a ocupação dona de casa ($p=0,046$), e inatividade econômica ($p=0,001$). O teste de correlação mostrou que quanto maior a escolaridade menor são os escores de sintomas depressivos em idosos. O estudo não permitiu verificar os efeitos de Mindfulness na depressão já que a amostra continha poucos idosos com sinais de depressão, no entanto, a intervenção permitiu sublinhar a possibilidade da prática de Mindfulness para estimular o estilo de vida saudável em idosos. Os achados sugerem novos estudos com a intervenção de Mindfulness.

Descritores em português: Atenção Plena. Idoso. Depressão

Introdução

A depressão no idoso é definida como um transtorno mental, e é a principal causa de anos vividos com incapacidade e queda na qualidade de vida. Os fatores de risco incluem, história prévia de depressão, doença crônica e cerebral, uso de medicamentos, eventos psicossociais e estressantes da vida como a dor, solidão, desemprego e maus tratos. As manifestações clínicas nessa faixa etária podem ser bastante heterogêneas e com frequência os idosos apresentam dificuldade em expressar suas emoções podendo apresentar na forma de visitas frequentes ao serviço médico, relatos de dor, fadiga, insônia, alterações no apetite e aumento da dependência (APRAHAMIAN et al.,2020).

Augustini et al. (2020), destacam que existe uma relação complexa entre a saúde física e mental de modo geral no idoso, dessa forma, as comorbidades que potencializam os sintomas depressivos na idade avançada são, a obesidade, diabetes, doença do refluxo gastroesofágico, osteoartrite, condições respiratórias, doença de Parkinson, Alzheimer história de câncer e multimorbidades. Entre as variáveis associadas aos sintomas depressivos na população idosa

destaca-se, sexo feminino, percepção regular/ruim e péssima de saúde, dependência funcional, ausência de trabalho, ter sofrido queda e internação no último ano (BESPALHUK et al., 2021; DIDONÉ et al., 2020; SILVA et al., 2019)

No contexto internacional, a prevalência de depressão em idosos diagnosticado pelos médicos na Alemanha, chega a 29,8% (MASKE et al., 2017). Em idosos saudáveis, residentes na zona urbana a prevalência de sintomas depressivos clinicamente relevante encontrada na Austrália foi de 20,6% e 20,2% nos Estados Unidos (MOHEBBI et al., 2019). No Brasil, a prevalência de sintomas depressivos em idosos residentes da zona rural do município de Rio Grande/RS foi de, 8,1% (CORREIA et al., 2020). Já na Atenção Primária de Saúde, os sintomas depressivos em idosos variam entre 25% e 28,1% (ABRANTES et al., 2019; SOUZA et al., 2017). Quando investigado o contexto das Instituições de Longa Permanência, a proporção se eleva entre 48% e 54,8% (GUIMARÃES et al., 2021; ALMEIDA; LIMA-SILVA; MENNA-BARRETO, 2020).

A principal escolha de tratamento para depressão grave em idosos tem sido os inibidores seletivos da receptação de serotonina, inibidores da monoaminoxidase e os antidepressivos tricíclicos. Nos casos menos graves, são indicadas doses menores de medicamentos associado a psicoterapia e prática de exercícios físicos (QUEVEDO; NARDI; SILVA, 2019).

Uma revisão sistemática, que avaliou ensaios clínicos sobre métodos não farmacológicos utilizados na tentativa de controlar a depressão em idosos, evidenciou que a psicoterapia denominada Terapia de Adaptação de Problemas – PATH, a musicoterapia e a revisão da história de vida sobre o transtorno depressivo mostraram-se efetivas na redução dos índices depressivos com ($p=0,001$) (PAPINI JUNIOR, 2018).

Novas estratégias complementares não farmacológicas passaram a ser estudadas e integradas ao Sistema Único de Saúde – SUS, a partir de 2006, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que por meio de uma abordagem integral e humanizada passou a contribuir no cuidado em saúde com eficiência e segurança no seu uso (PNPIC – SUS) (BRASIL, 2018).

As intervenções complementares como proposta de promoção da saúde mental contribuem com a redução da ansiedade e sentimentos negativos, melhora o humor, prazer, estimula a prática de atividades laborais e promove a interação do usuário com o profissional (SOUZA et al., 2017). Para Mendes et al. (2019), as PICs dão suporte aos profissionais de saúde no cuidado pois promovem o alívio da dor, diminuição de sinais e sintomas de doenças e melhora na qualidade de vida.

Entre as intervenções complementares em saúde, destaca-se a intervenção baseada em Mindfulness, conhecida por direcionar a atenção para o momento presente. Foi trazida ao meio científico pelo biólogo molecular norte-americano Jon Kabat-Zinn em 1970, quando criou o

programa de redução de estresse no centro médico da Universidade de Massachusetts. O programa foi desenhado para lidar com ansiedade, estresse, dor e enfermidades e atualmente se encontra inserido em contextos de saúde, educação e das organizações (SIEGEL; BARROS, 2018).

As intervenções baseadas em Mindfulness, têm sido reportadas por diferentes autores com resultados promissores em saúde. Em um ensaio clínico randomizado que acompanhou 42 pacientes em tratamento para transtorno por uso de substâncias, verificaram que a intervenção baseada em Mindfulness contribuiu significativamente para redução dos escores dos sintomas de depressivos e ansiedade mesmo após três meses da intervenção (MACHADO et al., 2020).

Estudo realizado no Canadá, com idosos com deficiência cognitiva leve, analisou a eficácia de uma intervenção baseada em Mindfulness. O grupo que participou da intervenção de Mindfulness apresentou menor declínio objetivo da memória no teste de evocação livre verbal, diminuição do número de sintomas depressivos e aumento da qualidade de vida (LAROUCHE et al., 2016).

Considerando a problemática da depressão em idosos, torna-se pertinente empregar esforços na investigação de Mindfulness como possibilidades de intervenção para promoção da saúde e prevenção da depressão em idosos. Assim esse estudo teve por objetivo avaliar os efeitos de Mindfulness nos sinais preditores da depressão.

Método

Trata-se de um ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado e análise quantitativa dos dados.

A pesquisa foi realizada no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, com uma amostra de idosos recrutados em dois cenários: cadastrados no Centro de Referência em Assistência Social vinculados ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), e participantes do projeto de extensão Universidade Aberta a Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UNAMI/UEMS.

Devido ao número reduzido de idosos interessados nesses dois cenários o público externo foi convidado por meio de divulgação pelo site e redes sociais da Universidade Estadual e após previamente avaliados com os critérios elegibilidade idade igual ou superior a 60 anos e que dispunham de condições físicas e de saúde para participar da intervenção foram selecionados.

Idosos, com problemas que impedissem a realização das atividades distúrbios cognitivos, esquizofrenia, depressão grave, e outros problemas mentais e os participantes cuja frequência, nas sessões experimentais, foi inferior a 75% foram excluídos do estudo. Finalizamos o estudo com uma amostra de 34 idosos.

As intervenções de Mindfulness para a amostra ocorreram durante dois meses, com oito encontros semanais em dois locais diferentes com duração de duas horas. Teve início no mês de agosto e término no mês de setembro para ambos os locais onde ocorreram as práticas, entretanto, em anos diferentes, a primeira (idosos do CRAS) em 2018 e a segunda (Idosos da UEMS) em 2019.

Os testes que avaliaram sintomas depressivos e condições socioeconômicas foram administrados em dois momentos, o primeiro antes do início da intervenção no mês de julho e quatro semanas após o término da intervenção no mês de novembro (*follow up*).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, sob o parecer nº 2.746.065. A pesquisa foi também inserida no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e pode ser localizada por meio do indicador RBR-2ksw7mc.

Os participantes que aceitaram os termos e condições da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para levantamento de dados pessoais dos participantes, utilizou-se um questionário sociodemográfico e para avaliação dos sintomas depressivos foi usada a Escala de depressão Geriátrica (EDG) versão reduzida de 15 itens, validada no Brasil por Almeida e Almeida, (1999).

As atividades de intervenção seguiram o protocolo MBHP desenvolvido em oito encontros. No primeiro encontro houve a apresentação do grupo sobre as expectativas, de como as atividades seriam conduzidas e acordos em relação as trocas de experiências. Em seguida deu-se início as práticas específicas de Mindfulness como “Mindfulness da uva passa” e “escaneamento corporal”. A primeira oferece uma oportunidade de os idosos entenderem o quanto vivem no piloto automático e o quanto é possível estar em atenção plena em processos simples como durante a alimentação. O segundo apresenta uma forma de direcionar a atenção nas partes do corpo.

Do segundo ao oitavo encontro foram abordadas as práticas de Mindfulness da respiração, da vida diária, para situações desafiadoras, dos pensamentos, prática do silêncio, da compaixão e para a vida toda. Todos os exercícios têm suas particularidades, porém são uma forma de fazer algo com plena atenção, sem julgamentos, sem elaboração intelectual e atento ao ato. Em todas as práticas os participantes compartilharam suas experiências e receberam um feedback dos instrutores e um direcionamento para anotações diárias e exercícios em casa.

A análise dos dados foi realizada por meio do Software Minitab 18 (Minitab Inc.) com análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores do instrumento com as variáveis contínuas de caracterização amostral. Aplicação do teste t para amostras pareadas antes e após a intervenção, Análise de variância (ANOVA) com Teste de Tukey para comparação dos escores dos instrumentos, e por

último o teste de correlação Spearman para correlacionar os escores da EDG com a caracterização amostral. Para os testes foi aplicado nível de significância de 5% (ZAR, 2009).

Resultados

Inicialmente, foram selecionados 50 idosos. Desses, um, apesar da sua participação em todos os encontros, não conseguiu compreender as práticas por dificuldades cognitivas sendo então excluído da pesquisa, uma idosa não retornou para a última entrevista e não foi encontrada pela pesquisadora. Durante o curso catorze idosos não cumpriram o limite de faltas e foram excluídos do estudo reduzindo a amostra a 34 pessoas.

Verificou-se que a maioria era do sexo feminino (n=29; 85,29%), religião católica (n=23; 67,65%), viúvas (n= 10; 29,41%) e com dois a três filhos vivos (n=17; 50%). Nenhum dos 34 idosos (n=100%) faz uso de antidepressivos. Demais resultados sociodemográficos são apresentados na tabela 1.

A média de idade dos idosos avaliados foi de 66,21 anos com desvio padrão de 6,06 anos e mediana de 64,50 anos. A idade máxima relatada foi de 80 anos.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. Dourados, MS, Brasil, 2020.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	29	85,29
Masculino	05	14,71
Estado civil		
Casado	16	47,06
Separado	04	11,77
Solteiro	02	5,88
União estável	02	5,88
Viúvo	10	29,41
Número de filhos nascidos		
Até 1 filho	04	11,76
2 a 3 filhos	17	50,00
Mais de 3 filhos	13	38,24
Número de filhos vivos		
Até 1 filho	04	11,76
2 a 3 filhos	19	55,88
Mais de 3 filhos	11	32,35
Religião		
Católica	23	67,65
Espírita	4	11,76
Evangélica	5	14,71
Seicho-no-ie	2	5,88
Pratica a religião		
Não	4	11,76
Sim	30	88,24
Ocupação ao longo da vida		
Administração	2	5,88
Comércio	2	5,88
Educação	9	26,47

Continuação

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. Dourados, MS, Brasil, 2020.

Variáveis	N	%
Saúde	2	5,88
Outros	19	55,89
Ocupação Atual		
Aposentado	15	44,12
Comércio	2	5,88
Dona de casa	10	29,41
Outros	7	20,59
Atividade econômica		
Ativo	10	29,41
Inativo	24	70,59

A média da escolaridade dos participantes foi de 10,5 anos com desvio padrão de 5,72 anos e mediana de 13,0 anos. O coeficiente de variação (CV) dessa distribuição foi de 54,5% o que significa elevada dispersão, uma vez que tinha idoso analfabeto, bem como quem apresentou 17,0 anos de estudo completo. O tempo médio de viuvez foi de 10,77 anos com desvio padrão de 11,33 anos e mediana de 10,00 anos. O tempo mínimo de viuvez foi menor que 6 meses e o máximo foi de 40,0 anos.

De acordo com o índice de gravidade da depressão de todos os participantes, antes da intervenção, 32 (94,2%) eram normais, 2 (5,8%) tinham sintomas de depressão sendo um leve e o outro grave. Após a intervenção 34(100%) não apresentaram sintomas de depressão. Cabe destacar que antes da intervenção 5 (14,7%) pontuaram cinco pontos na escala de depressão geriátrica sendo o limite entre ter ou não sintomas.

A média dos escores da EDG antes da intervenção foi de 2,59 ($\pm 2,19$) mediana 2,00 e após a intervenção a média foi de 2,00 ($\pm 1,59$) mediana 2,00, $p=0,259$ dessa forma, não houve diferença estatisticamente significativa entre antes e depois da intervenção.

A Tabela 2 mostra os resultados das estatísticas descritivas do escore EDG após a intervenção relacionada com as variáveis de caracterização amostral.

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos escores de EDG em relação às variáveis de caracterização amostral. Dourados, MS, Brasil, 2020.

Caracterização amostral		Escore EDG			Valor p^1
		N	Média \pm DP ³	Md ⁴	
Sexo	Feminino	29	2,03 \pm 1,59	2,00	0,794
	Masculino	5	1,80 \pm 1,78	1,00	
Estado civil	Com companheiro	17	2,11 \pm 1,69	1,00	0,674
	Sem companheiro	17	1,88 \pm 1,53	2,00	
Número de filhos vivos	Até 1 filho	4	2,00 \pm 1,41	2,50	0,099 ²
	2 a 3 filhos	19	1,52 \pm 1,46	1,00	
	Mais de 3 filhos	11	2,81 \pm 1,66	3,00	
Religião	Católica	23	2,21 \pm 1,59	2,00	0,260
	Não católica	11	1,54 \pm 1,57	1,00	

Continua

Continuação

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos escores de EDG em relação às variáveis de caracterização amostral. Dourados, MS, Brasil, 2020.

Ocupação atual	Aposentado	15	2,06 ± 1,83 ab	2,00	0,018²
	Comércio	2	1,00 ± 0,00 b	1,00	
	Dona de casa	10	3,00 ± 1,05 a	3,00	
	Outros serviços	7	0,71 ± 0,75 b	1,00	
Atividade econômica	Ativo	10	0,90 ± 0,73	1,00	0,001
	Inativo	24	2,45 ± 1,64	2,50	

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a $P < 0,05$. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a $P < 0,05$. Letras diferentes na mesma coluna diferem-se significativamente pelo teste de comparação múltipla de Tukey a $P < 0,05$. ³DP: desvio padrão. ⁴Md: mediana.

Os resultados da Tabela 2 mostram a presença de dois casos de diferenças significativas, um deles relacionando o escore EDG com a ocupação atual ($p=0,018$) e o outro caso relacionado com a atividade econômica ($p=0,001$). Idosos que atuam em seu lar como dona de casa apresentaram escore significativamente superior em relação aos pacientes que se ocupam nos setores de comércio e outros serviços, evidenciando que as donas de casa apresentaram número de sintomas preditores de depressão superior em relação aos demais pacientes avaliados.

Além disso, pressupõe-se que a inatividade dos idosos em termos de ocupação aumenta o potencial depressivo, pois os pacientes inativos apresentaram escore significativamente superior em relação aos pacientes ativos (em atividade), pressupondo maior potencial depressivo dos pacientes em inatividade.

A Tabela 3 mostra os resultados da correlação dos escores EDG com as variáveis contínuas após a intervenção.

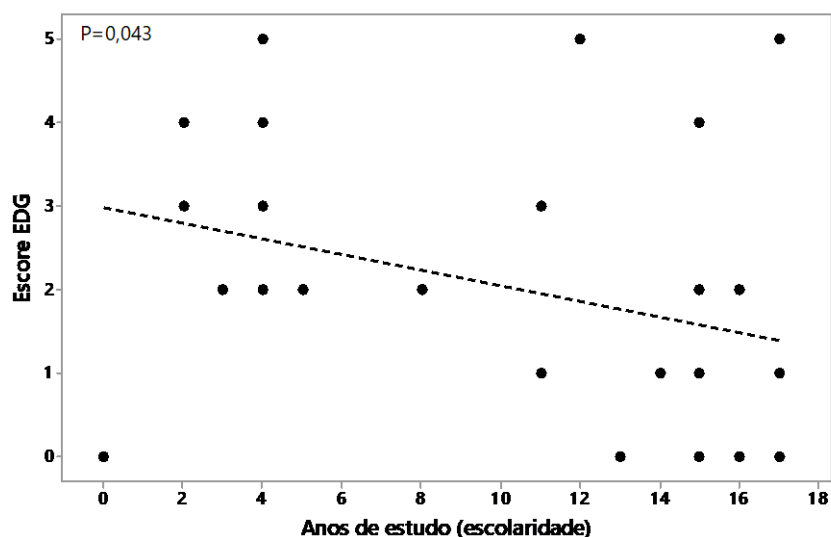
Tabela 3. Coeficientes de correlação de Spearman (valor de p) do escore EDG em relação às variáveis de caracterização amostral contínuas. Dourados, MS, Brasil, 2020.

Variáveis contínuas	Escore EDG ¹
Idade	0,122 (0,494)
Anos de viuvez	0,031 (0,863)
Escolaridade	-0,349 (0,043)

¹Valor p referente ao teste de correlação de Spearman a $p < 0,05$.

A correlação entre o escore EDG e a escolaridade resultou significativa ($p=0,043$) com coeficiente de correlação negativo e fraca. Entretanto, apesar da correlação ser considerada fraca, o comportamento da correlação mostra na (figura 1) que quanto maior a escolaridade do paciente avaliado, menor é o escore EDG.

Figura 1. Correlação entre o escore EDG e a escolaridade. Dourados, MS, Brasil, 2021



Discussão

Ao contrário de estudos como de Ahmadpanah et al. (2017), Wang et al. (2017), Larouche et al. (2016), que identificaram redução nos escores de sintomas depressivos em idosos após intervenção com Mindfulness, a presente pesquisa não encontrou diferenças estatisticamente significativas após as práticas por oito semanas. Estudo no Canadá com pacientes submetidos à hemodiálise com sintomas de depressão também não encontrou nenhum efeito estatisticamente significativo nos escores de depressão (THOMAZ et al., 2017).

Destaca-se que o tamanho da amostra e o fato de haver poucos pacientes com sintomas depressivos pode ter diminuído a probabilidade desta amostra encontrar resultados estatisticamente significativos após a intervenção de Mindfulness. Por outro lado, a não comprovação dos benefícios da prática não significa que os resultados não foram satisfatórios para os idosos. Por ser uma Prática Integrativa e Complementar (PIC), os benefícios e os resultados de uma intervenção como Mindfulness possuem efeitos subjetivos que limitam as mensurações convencionais.

Tradicionalmente, no campo da saúde é comum considerar a melhor terapia aquela que melhor teve resultados estatisticamente comprovados, isso se deve ao pensamento cartesiano e racional. Práticas como Mindfulness e outras incluídas nas PIC unifica aquilo que um dia foi separado, o corpo, a mente, a espiritualidade, o contexto histórico social, assim integrando todas as dimensões que compõe o ser humano (GOMES e BEZERRA, 2020).

Considerando a necessidade de tratamento da depressão em idosos, é importante que os profissionais adicionem ao tratamento convencional opções como Mindfulness e outras PIC na busca da transformação de seu estado de saúde. Tais abordagens visam a estimulação de mecanismos naturais de prevenção e promoção da saúde, uma vez que o próprio indivíduo passa a conhecer seu agravo, resgatando sua causa de base que poderá estar situada na dimensão social, afetiva, comportamental vivenciada a cada momento (MARQUES et al., 2020).

Zimmermann, Burrell e Jordan (2020) implementaram uma intervenção baseada em Mindfulness para fornecer suporte psicológico e emocional a adultos com câncer avançado na Nova Zelândia e após a intervenção os participantes relataram que haviam mudado de perspectiva, de um estado de vulnerabilidade para um de auto-incentivo, aumento do otimismo e tomada de novas ações em relação a sua condição de saúde, mostrando que esse tipo de intervenção pode ser usada como uma ferramenta de apoio no cuidado em saúde.

A procura e adesão por uma PIC como a meditação, seja para depressão ou qualquer outra doença, demonstra a capacidade que o sujeito tem no autogerenciamento de sua saúde. A literatura evidencia que entre as razões que levam um sujeito a praticar meditação da atenção plena, em sua maioria 81% responderam bem-estar, comparada a 30% que mencionaram tratar condições de saúde específica. Além dessas, foi mencionado gerenciamento de estresse, bem-estar emocional e apoio a comportamentos de saúde. Os autores relataram que a prática da meditação foi mencionada por (81%) dos sujeitos porque é voltada para o autocuidado e (79%) mencionaram por ser focada na pessoa como um todo (BURKE et al., 2017).

Adicionalmente, o presente estudo mostrou diferenças significativas ($p=0,018$) de que as idosas que exerciam atividade em casa após a intervenção de Mindfulness apresentaram escore numérico de sintomas depressivos significativamente superior em relação as que trabalham nos setores de comércio e serviços externos ao ambiente.

Tal achado evidencia um universo vivido majoritariamente pelo sexo feminino, onde o trabalho de dona de casa pode trazer consequências a saúde mental, pois implica em uma vida muito solitária e fechada, na maioria das vezes sem apoio social, com situação ocupacional desfavorável, por estarem mais suscetíveis a eventos estressores, como se o lar ficasse fora da sociedade. Além disso, a jornada doméstica é repetida, contínua e invisível aos demais da família (SANTOS; DINIZ; STARLING, 2018).

Gomes et al. (2020) salientam que o fato de as “donas de casa” estarem sempre envolvidas com atividades de cuidado e de responsabilidades familiares contribui para que elas não tenham tempo suficiente para realizar uma atividade física, quiçá outra atividade que necessite de treino e disciplina.

Chegar ao equilíbrio intencional de Mindfulness não é possível sem uma prática regular e sustentada, assim, uma possível explicação para essas “idosas donas de casa” pode ter sido a ausência de tempo para praticar (SHAPIRO; SIEGEL; NEFF, 2018).

As práticas de Mindfulness foram realizadas em grupo, uma vez na semana e com duração de duas horas. Nesses encontros os idosos estabeleceram vínculo, criaram uma rotina semanal fora de casa, agregaram novas amizades para o círculo social e ocuparam seu tempo com pensamentos e sensações diferentes da rotina diária da casa.

Possivelmente ao final das práticas houve uma ruptura dessas situações e aqueles idosos que voltaram às atividades domésticas repetidas não conseguiram pôr em prática o conhecimento de Mindfulness e voltaram aos seus pensamentos diários. Soma-se a isso, todas as situações agradáveis e desagradáveis que fazem parte da vida e a capacidade de recordar tudo que foi aprendido.

Foi evidenciado neste estudo diferenças significativas quanto a atividade econômica inativa e os escores da EDG ($p=0,001$). Uma pesquisa de base populacional de Galli et al. (2016), também evidenciou que a condição econômica inativa dos idosos residentes no município de Veranópolis, estado do Rio Grande do Sul, região Sul do Brasil, apresentou associação significativa ($p=0,004$) com sintomas depressivos.

Segundo Min e Cho (2018), o emprego pode ser considerado um fator de proteção social para o idoso, principalmente quando pertence a um contexto de vulnerabilidade social, e é por isso que ele é determinante e afeta diretamente a sua qualidade de vida. Domènech-Abella et al. (2017), complementa que o fato de o idoso exercer um trabalho contribui com o aumento das interações sociais, pois amplia o tipo e o tamanho da rede social.

A reinserção do idoso no mercado de trabalho ainda é um desafio no Brasil e geralmente se dá em condições desfavoráveis o que acarreta a evasão. A possibilidade de emprego para a terceira idade são menores, os vínculos empregatícios são mais frágeis, exigem menos qualificação e em contrapartida oferecem menor remuneração, principalmente para o sexo feminino (KRELING, 2016).

Os achados, contribuem para o pressuposto que os sintomas depressivos nesse grupo específico de idosos inativos podem estar relacionados à dificuldade que o idoso tem em administrar o excesso de tempo, que antes não era comum. Além disso, ocorrem momentos de tristeza advindos com as mudanças na vida social e ou no estilo de vida do idoso, e assim como as donas de casa não sustentam as práticas de Mindfulness compromete a mudança para um novo estilo de vida (SILVA; TURRA; CHARIGLIONE, 2018).

Esta investigação também encontrou uma correlação entre o escore EDG e a escolaridade ($p=0,043$) e apesar da correlação fraca, existem vários marcadores de risco para os idosos e a

baixa escolaridade é uma delas, pois está associada a maior quantidade de comorbidades, ao maior tempo de tratamento e a quantidade de consultas realizadas (BIASOLI; MORETTO; GUARIENTO, 2016).

O resultado é compatível com uma investigação em um centro médico de Taiwan que buscou comparar a prevalência e os fatores associados ao transtorno depressivo entre idosos com câncer de cabeça, pescoço e pulmão, onde evidenciou que um nível educacional elevado foi negativamente associado a depressão (OR=0,77; IC 95%, 0,66 a 0,91) (LEE et al., 2020).

A educação pode ter efeitos protetores contra o comprometimento da memória relacionado a depressão em idosos, principalmente quando o indivíduo ultrapassa o ensino fundamental. Esta afirmação é subsidiada pelos achados de um estudo que testou se a educação pode moderar o efeito negativo do humor depressivo no desempenho da memória em mulheres idosas que residem na comunidade de Seoul da Korea do Sul (LEE; PARK; CHEY, 2018).

Apesar da inatividade econômica, baixa escolaridade e outros determinantes influenciarem na ocorrência dos sintomas depressivos e depressão em idosos, é importante a estimulação de mecanismos naturais de prevenção. Nesse sentido, Mindfulness é considerado uma capacidade inata de toda mente humana e que muitas vezes fica “adormecida” ao longo do tempo pelo stress e distrações da sociedade contemporânea. Ela pode ser resgatada por meio do aprendizado e da prática diária. Para tal, é necessária compreensão e reflexão que podem sofrer influência da escolarização do indivíduo.

O fato dos idosos de maior escolaridade apresentarem escores menor do EDG após a intervenção levanta a questão para um problema social e estrutural da realidade dos idosos brasileiros, que apesar de todo o esforço individual no autogerenciamento de sua vida, o mesmo se depara com os obstáculos da ausência de educação formal que possibilitaria desenvolver estratégias cognitivas para organizar e reter as informações, bem como habilidades para fazer as práticas, como a concentração e motivação interna.

Conclusão

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos escores de sintomas depressivos dos idosos após intervenção com Mindfulness. Diferenças significativas foram encontradas em relação a profissão atual dos idosos “Dona de Casa” e atividade econômica “Inativo”. Idosos com maior escolaridade tiveram menores escores de sintomas depressivos após a intervenção de Mindfulness como demonstrou o teste de correlação.

As limitações desta pesquisa prendem-se com o processo de amostragem que, por se basear na seleção não-probabilística, reduz a representatividade dos resultados obtidos. Para diminuir o impacto desta limitação, o recrutamento dos idosos ocorreu em dois diferentes cenários

de Dourados. Uma outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra e principalmente ao número de pessoas identificadas como sendo deprimidas reduzindo a capacidade de inferência.

Assim, este estudo não foi suficiente para demonstrar as potencialidades de Mindfulness nos sintomas depressivos, porém permitiu sublinhar a possibilidade da prática para estimular o estilo de vida saudável em idosos, além disso, em idosos com maior escolaridade pode-se ter uma influência benéfica no que tange os sintomas depressivos.

Referências

ABRANTES, G. G. et al. Depressive symptoms in older adults in basic health care. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 04, e190023, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>. Acesso em: 09 jun. 2021.

AGUSTINI, B. et al. Patterns of Association between Depressive Symptoms and Chronic Medical Morbidities in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 68, n. 8, p. 1834-1841, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32402115/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

AHMADPANA, M. et al. Detached Mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. **Psychiatry Research**. Amsterdam, n. 257, p. 87-94, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.030>. Acesso em: 08 jun. 2021.

ALMEIDA, E.B.; LIMA-SILVA, T. B.; MENNA-BARRETO, L. Depressive symptoms and chronotypes of elderly nursing home residents: A case management study. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 165-170, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020010>. Acesso em: 07 jun. 2021.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**. São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. Acesso em: 07 jun. 2021.

APRAHAMIAN, I. et al. **Depressão: guia prático**. Barueri: Manole, 2020.

BESPALHUK, K. T. P. et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em unidades de saúde da família e fatores associados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, e34, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769248484>. Acesso em: 07 jun. 2021.

BIASOLI, T. R.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E. Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 25, n. 1, p: 1-10, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833184>. Acesso em: 09 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 09 jun. 2021.

BURKE, A. et al. Prevalence and patterns of use of mantra, Mindfulness and spiritual meditation among adults in the United States. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, England, v. 316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1827-8>. Acesso em: 06 jun. 2021.

CORRÊA, M. L. et al. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018>. Acesso em: 09 jun. 2021.

DIDONÉ, L. S. et al. Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. Suppl 1, e20190107, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>. Acesso em: 08 jun. 2021.

DOMÈNECH-ABELLA, J. et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 52, n. 4, p. 381-390, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>. Acesso em: 09 jun. 2021.

GALLI, R. et al. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among brazilian older adults. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. p. 307-316, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020008>. Acesso em: 09 jun. 2021.

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Saúde**, Recife, v. 5, n. 1, p. 65-69, 2020. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20200013>. Acesso em: 09 jun. 2021.

GOMES, R. S. et al. Association between chronic diseases, multimorbidity and insufficient physical activity among older adults in southern Brazil: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 138, n. 6, p. 545-553, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0282.R1.15092020>. Acesso em: 08 jun. 2021.

GUIMARÃES, L. A. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 9, p. 3275-3282, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>. Acesso em: 09 jun. 2021.

KRELING, N. H. Envelhecimento e inserção do idoso no mercado de trabalho, trabalho, na região metropolitana de Porto Alegre. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 141-154, 2016. Disponível em: <https://revistas.dee.spgg.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/3666>. Acesso em: 09 fev. 2021.

LAROUCHE, E. et al. Mindfulness-based intervention prevents memory decline and improves mood and quality of life in older adults with mild cognitive impairment: preliminary findings. **Alzheimer's & dementia**, Orlando, v. 12, p. 310, 2016, Sup.7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.06.562>. Acesso em: 09 jun. 2021.

LEE, J.; PARK, H.; CHEY, J. Education as a protective factor moderating the effect of depression on memory impairment in elderly women. **Psychiatry Investig**, Gwanak-gu, v. 15, n. 1, p. 70-77, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4306/pi.2018.15.1.70>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LEE, Y. et al. Comparison of prevalence and associated factors of depressive disorder between patients with head and neck cancer and those with lung cancer at a tertiary hospital in Taiwan: a cross-sectional study. **BMJ Open**, London, v. 10, e037918, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037918>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MACHADO, M. P. et al. The contribution of mindfulness to outpatient substance use disorder treatment in Brazil: a preliminary study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, Sao Paulo, v. 42, n. 5, p. 527-531, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0725>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MARQUES, P. P. et al. Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 44, n. 126, p. 845-856, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012619>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MASKE, U.E. et al. Respondents' report of a clinician-diagnosed depression in health surveys: comparison with DSM-IV mental disorders in the general adult population in Germany. **BMC psychiatry**, London, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5259958/>. Acesso em: 09 jun. 2021.

MENDES, D. S. et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 4, n. 1, p. 302-318, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103452>. Acesso em: 09 jun. 2021.

MIN, D.; CHO, E. Patterns in quality of life according to employment among the older adults: the Korean longitudinal study of aging (2008–2014). **BMC Public Health**, London, v. 18, n. 379, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5296-x>. Acesso em: 09 jun. 2021.

MOHEBBI, M. et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. **International journal of geriatric psychiatry**, Chichester, v. 34, n. 8, p. 1208-1216, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.5119>. Acesso em: 09 jun. 2021.

PAPINI JUNIOR, C.R. et al. Estratégias não Farmacológicas Utilizadas na Redução da Depressão em Idosos: Revisão Sistemática. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, e2273, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2273>. Acesso em: 08 jun. 2021.

QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; SILVA, A.G. **Depressão: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SHAPIRO, S.; SIEGEL, R.; NEFF, K.D. Paradoxes of Mindfulness. **Mindfulness**, v. 9, p. 1693–1701, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0957-5>. Acesso em: 08 jun. 2021.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. Mindfulness y Ciencia. De la Tradición a la Modernidad. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20422015>. Acesso em: 09 jun. 2021.

SILVA, M. M.; TURRA, V.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Idoso, depressão e aposentadoria: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 24 p.

119-136, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2858>. Acesso em: 09 jun. 2021.

SILVA, P. O. et al. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, e190088, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SOUZA, L. P. S. et al. Práticas integrativas e complementares no cuidado à saúde mental e aos usuários de drogas. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Jabotão dos Guararapes, v. 11, n. 38, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775/0>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOUSA, K. A. et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 34, p. 177-198, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>. Acesso em: 03 jun. 2021.

THOMAS, Z. et al. Brief Mindfulness Meditation for Depression and Anxiety Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis: A Pilot Feasibility Study. **Clinical journal of the American Society of Nephrology**, Washington, v.12, n. 12, p. 2008–2015, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2215/CJN.03900417>. Acesso em: 02 jun. 2021.

WANG, Y.Y et al. Mindfulness-based interventions for major depressive disorder: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v.15, n. 229, p.429-436, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.093>. Acesso em: 09 jun. 2021.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2009.

ZIMMERMANN, F. F.; BURRELL, B.; JORDAN, J. Patients' experiences of a mindfulness intervention for adults with advanced cancer: a qualitative analysis. **Supportive Care Cancer**, Berlin, v. 28, p. 4911–4921, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05331-1>. Acesso em: 09 jun. 2021.

O EFEITO DE UM PROGRAMA DE MINDFULNESS NA ATENÇÃO CONSCIENTE DOS IDOSOS

RESUMO

O estudo teve como objetivo verificar a atenção e consciência de idosos antes e depois do programa Mindfulness Baseado na Promoção da Saúde – MBHP de oito semanas. Trata-se de um ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado desenvolvida com 34 idosos com idade igual ou superior a 60 anos residentes no município de Dourados, MS. Para levantamento de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico, para avaliação da atenção plena o instrumento Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). A intervenção, seguiu o protocolo Mindfulness Based Health Promotion (MBHP). Em todas as práticas os participantes compartilharam suas experiências e receberam um feedback dos instrutores e um direcionamento para anotações diárias e exercícios em casa. A análise dos dados foi realizada por meio do Software Minitab 18 (Minitab Inc.) com análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores do instrumento com as variáveis contínuas de caracterização amostral. Aplicação do teste t para amostras pareadas antes e após a intervenção, Análise de variância (ANOVA) com Teste de Tukey para comparação dos escores dos instrumentos, e por último o teste de correlação Spearman para correlacionar os escores do MAAS com a caracterização amostral. Para os testes foi aplicado nível de significância de 5%. Verificou-se diferenças significativas ($p=0,014$) nos escores do MAAS quando comparados à situação referente à intervenção e com a variável atividade econômica inativo ($p=0,044$). Tais achados sugerem que uma breve intervenção de 8 semanas pode ser útil para idosos como medida de promoção da saúde, pois proporcionaram meios para que os idosos possam aprimorar habilidades de atenção e consciência, manejar problemas estressantes, assim como, administrar ou perceber quando as emoções oriundas de situações desestabilizadoras da vida estiverem afetando os padrões psicológicos e físicos.

INTRODUÇÃO

A atenção é uma função essencial do processo cognitivo humano, principalmente para a execução das atividades da vida diária. Ela envolve aspectos intencionais, voluntários, controlados (conscientes) e não intencionais (não consciente). Ela filtra e processa as informações do ambiente externo (sensações e percepções) e interno (pensamentos e memórias) de forma consciente ou não consciente. Consciência envolve a capacidade de o indivíduo descrever de forma intencional as informações do ambiente interno e externo, como uma narrativa da experiência. A atenção não consciente está ligada à repetição, enquanto a atenção consciente, à aprendizagem (FICHMAN, 2021).

O elo entre a atenção e a consciência deve-se ao fato de que no processo de atenção, seja necessária a percepção consciente, maior clareza ao que está se prestando atenção. O sistema visual, por exemplo, permite que ocorra a concentração em um objeto entre muitos outros disponíveis. Nesse processo, possivelmente ocorrerá uma menor sensibilidade aos sons ao redor

e assim com as demais informações que chegam na forma olfativa, gustativa e termo-tátil (CALCAGNOTTO, 2017).

Com o envelhecimento, os processos atencionais decaem e o tempo de processamento mental aumenta. As funções executivas observadas em tarefas de planejamento, mudança de padrão cognitivo, fluência verbal e memória de trabalho também mostram comprometimento com a idade. Tarefas simples de detecção de estímulos não se alteram, por outro lado, se alteram em atividades que requerem dupla atenção. Deve-se considerar que as perdas nas habilidades sensoriais, motoras e perceptuais como a linguagem, visão espacial, inerentes ao envelhecimento interferem no processamento da atenção (APOLINARIUM; BRUM,2020)

Para Gomes et al. (2020), uma forma de compensar as perdas que ocorrem no processo de envelhecimento cerebral seria por meio da estimulação da memória antes mesmo que se inicie qualquer declínio cognitivo. Assim, o idoso saudável seria capaz de melhorar o desempenho atual de sua memória estimulando sua capacidade funcional máxima por meio da plasticidade cognitiva.

Conforme Rolle et al. (2017), as experiências diárias exigem uma alocação focada e ampla de atenção para interagir de forma eficiente com ambientes complexos, assim em seu estudo os autores avaliaram a atenção espacial em adultos jovens e idosos saudáveis e através de um treinamento de atenção compararam os ganhos obtidos. Ao final do estudo, foi observado um aprimoramento da atenção focada e distribuída, bem como melhoria da memória operacional espacial nos participantes mais jovens e mais velhos.

Intervenções baseadas em Mindfulness têm sido testadas para estimular a atenção para o momento presente. Um ensaio clínico randomizado com estudantes da sexta série, examinou o impacto de um treinamento de Mindfulness de oito semanas e comparou com um treinamento de codificação (programação de computador) como controle. Após as intervenções os autores perceberam que os estudantes do grupo de Mindfulness preservaram seu desempenho de atenção sustentada ou seja, tiveram menos lapsos de atenção, apoiando os efeitos benéficos de mindfulness sobre o controle cognitivo (BAUER et al., 2020).

Rosenstreich e Ruderman (2016), após examinarem a tríade mindfulness, atenção e memória, evidenciaram que a prática de mindfulness não está relacionada a sensibilidade da memória, ou seja, não melhora os mecanismos aos quais as informações são codificadas, mas interfere através de processos de tomada de decisão, promovendo uma distribuição de respostas com decisões mais equilibradas conforme as informações foram estudadas e processadas na memória.

Estudo de Mahlo e Windsor (2020), que teve como objetivo examinar o papel da idade na moderação dos componentes de atenção plena com o bem-estar no contexto de um modelo proposto de Mindfulness, evidenciou que a tendência de se concentrar no momento presente e

adotar uma orientação sem julgamentos pode se tornar uma prática importante para o bem-estar com o avançar da idade.

O termo Mindfulness tem sua origem a partir das suas raízes budistas precisamente da língua Pali significando “recordar-se continuamente do seu objeto de atenção”, interpretação que nos remete a estar presente e consciente da nossa realidade. Foi trazida por Jon Kabat-Zinn na década de 1970, em um programa para redução do estresse e frente os seus resultados positivos outras práticas de intervenções baseadas nesse programa surgiram (SIEGEL; BARROS, 2018) .

No contexto da saúde, Mindfulness se insere nas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), como uma prática mental que amplia a capacidade de observação do indivíduo, promove o treino da atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções (BRASIL, 2020). As PIC, segundo Aguiar, Kanan e Masiero (2019), têm amplo potencial para melhorar os serviços de saúde, pois, proporcionam uma assistência diferenciada, com estratégias de autocuidado, promoção de saúde e qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo avaliar a atenção consciente dos idosos antes e depois da realização de uma intervenção baseada em Mindfulness.

METODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com delineamento de ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado com análise quantitativa dos dados. Foi realizada com 34 idosos, residentes no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, frequentadores da Universidade Aberta a Melhor Idade (UNAMI) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS e do Centro de Referência em Assistência Social de Dourados, onde participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Outros idosos que não participavam dos referidos centros e serviços, porém com interesse em participar das atividades após divulgação em meios de comunicação da UEMS, foram previamente avaliados e inseridos ao grupo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, sob o parecer nº 2.746.065. A pesquisa foi também inserida no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e pode ser localizada por meio do indicador RBR-2ksw7mc. Foram incluídos na amostra, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, e que dispunham de condições físicas e de saúde para participar da intervenção de Mindfulness. Sendo excluídos aqueles com problemas cognitivos e/ou mentais que impedissem a realização das atividades e os participantes cuja frequência, nas sessões experimentais, foi inferior a 75%.

Os participantes que aceitaram os termos e condições da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para levantamento de dados pessoais dos participantes, foi utilizado um questionário sociodemográfico com variáveis que mensuraram: idade,

escolaridade, profissão entre outras. Já para avaliação da atenção plena foi utilizado o instrumento Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Por meio de uma escala Likert de auto-relato com 15 itens, utilizada para medir a atenção e consciência. A pontuação varia de 15 a 90 pontos sendo que quanto mais próximo de 90 maior será a capacidade de Mindfulness Brow e Ryan (2003).

O elemento central da atenção plena é a autorregulação da atenção. De maneira global a escala MAAS consegue captar a atenção e consciência intencional como um “quase-traço” desses momentos. Neste sentido, recordando uma situação de cada vez, é possível verificar se o indivíduo concentrou-se no que esteve executando ao longo do dia, em um período de tempo MARTÍ; CAMPAYO; DEMARZO, 2016).

As sentenças da escala MAAS dispõem de afirmativas importantes quando se trata de um idoso, por exemplo: *Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem minha atenção; Há coisas sobre as quais tento não pensar; Encontro-me preocupado com o passado e futuro; Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção; Eu como sem estar consciente do que estou comendo.*

Neste estudo, utilizou-se o programa de Mindfulness Baseado na Promoção da Saúde (MBHP), de oito semanas, com reuniões semanais com duração aproximadamente de 02 horas. Durante os encontros, os participantes compreendem, executam e praticam em casa as atividades propostas.

Para realização das intervenções, seguiu-se o protocolo Mindfulness Based Health Promotion (MBHP). No primeiro encontro ocorreu a apresentação do grupo das expectativas, de como as atividades seriam conduzidas e acordos em relação as trocas de experiências. Em seguida deu início as práticas específicas de Mindfulness como “Mindfulness da uva passa” e “escaneamento corporal”. A primeira oferece uma oportunidade dos idosos entenderem o quanto vivem no piloto automático e o quanto é possível estar em atenção plena em processos simples como durante a alimentação. O segundo apresenta uma forma de direcionar a atenção nas partes do corpo.

Do segundo ao oitavo encontro são abordadas as práticas da respiração e Mindfulness (da vida diária, para situações desafiadoras da mente dos pensamentos, prática do silêncio, da compaixão e para a vida toda). Todos os exercícios têm suas particularidades, porém são uma forma de fazer algo com plena atenção, sem julgamentos, sem elaboração intelectual e atento ao ato. Em todas as práticas os participantes compartilharam suas experiências e receberam um feedback dos instrutores e um direcionamento para anotações diárias e exercícios em casa.

As instrutoras realizaram pequenas adaptações como, ioga adaptado em cadeiras e escaneamento corporal na posição sentado para alguns participantes com restrições de mobilidade,

caminhada em espaço reduzido para segurança dos idosos. Cada idoso recebeu um material impresso e CD para auxiliar nas práticas em casa.

A análise dos dados foi realizada por meio do Software Minitab 18 (Minitab Inc.) com análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores do instrumento com as variáveis contínuas de caracterização amostral. Aplicação do teste t para amostras pareadas antes e após a intervenção, Análise de variância (ANOVA) com Teste de Tukey para comparação dos escores dos instrumentos, e por último o teste de correlação Spearman para correlacionar os escores do MAAS com a caracterização amostral. Para os testes foi aplicado nível de significância de 5% (ZAR, 2009).

RESULTADOS

Participaram de intervenção 36 idosos durante as oito semanas estabelecidas, entretanto, um idoso foi excluído por dificuldades cognitivas apresentadas durante a execução dos exercícios e uma idosa não foi localizada pela pesquisadora para conclusão da última entrevista, sendo assim a amostra foi composta por 34 pessoas. Desses, predominou o sexo feminino 29 (85,29%). A média da idade dos idosos avaliados foi de 66,21 anos com desvio padrão de 6,06 anos e mediana de 64,50 anos. A idade máxima foi de 80,0 anos.

O tempo médio de escolaridade dos idosos do estudo foi de 10,5 anos com desvio padrão de 5,72 anos e mediana de 13,0 anos. O tempo mínimo de escolaridade foi de 0,0 anos e o máximo foi de 17,0 anos. Demais resultados sociodemográficos são apresentados na tabela 1 que mostra os resultados das estatísticas descritivas do escore MAAS após a intervenção relacionado com as variáveis de caracterização amostral.

Tabela 1. Estatísticas descritivas dos escores de MAAS em relação às variáveis de caracterização amostral. Dourados, MS, Brasil, 2020.

Caracterização amostral		Escore MAAS			Valor p ¹
		N	Média ± DP ³	Md ⁴	
Sexo	Feminino	29	69,31 ± 10,15	68,00	0,660
	Masculino	5	66,20 ± 14,02	64,00	
Estado civil	Com companheiro	17	69,41 ± 12,43	68,00	0,764
	Sem companheiro	17	68,29 ± 8,77	68,00	
Número de filhos vivos	Até 1 filho	4	70,00 ± 10,68	71,00	0,280 ²
	2 a 3 filhos	19	71,05 ± 11,66	71,00	
	Mais de 3 filhos	11	64,64 ± 7,93	64,00	
Religião	Católica	23	67,57 ± 10,28	68,00	0,335
	Não católica	11	71,55 ± 11,26	68,00	
Profissão atual	Aposentado	15	68,33 ± 10,61	68,00	0,365 ²
	Comerciantes	2	77,00 ± 7,07	77,00	
	Dona de casa	10	65,30 ± 11,03	67,50	
	Outros serviços	7	72,71 ± 10,21	68,00	
Atividade econômica	Ativo	10	74,30 ± 9,07	76,00	0,044
	Inativo	24	66,58 ± 10,53	67,50	

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a p<0,05. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a p<0,05. ³DP: desvio padrão. ⁴Md: mediana.

Os resultados da Tabela 1 mostram diferenças significativas, no escore MAAS apenas com a atividade econômica ($p=0,044$). Os resultados indicam que pacientes ativos apresentam maior potencial de Mindfulness do que os pacientes inativos, já que o escore médio MAAS dos pacientes ativos foi significativamente superior em relação ao escore MASS dos pacientes inativos. Neste caso, o fato de o paciente se manter ativo indica maior potencial de Mindfulness.

A Tabela 2 mostra os resultados da correlação dos escores MAAS com as variáveis contínuas do estudo.

Tabela 2. Coeficientes de correlação de Spearman (valor P) do escore MAAS em relação às variáveis de caracterização amostral contínuas. Dourados, MS, Brasil, 2020

Variáveis contínuas	Escore MAAS ¹
Idade	-0,217 (0,217)
Anos de viuvez	-0,147 (0,406)
Escolaridade	0,151 (0,393)

¹Valor P referente ao teste de correlação de Spearman a $p<0,05$.

As correlações avaliadas entre o escore MAAS e as variáveis contínuas de caracterização amostral não resultaram significativas ($p>0,05$), evidenciando que nenhuma das variáveis de caracterização amostral influenciou de forma significativa no potencial de Mindfulness dos pacientes avaliados.

A Tabela 3 mostra as estatísticas descritivas dos escores referentes ao MAAS antes e após a intervenção realizada com os idosos avaliados no estudo.

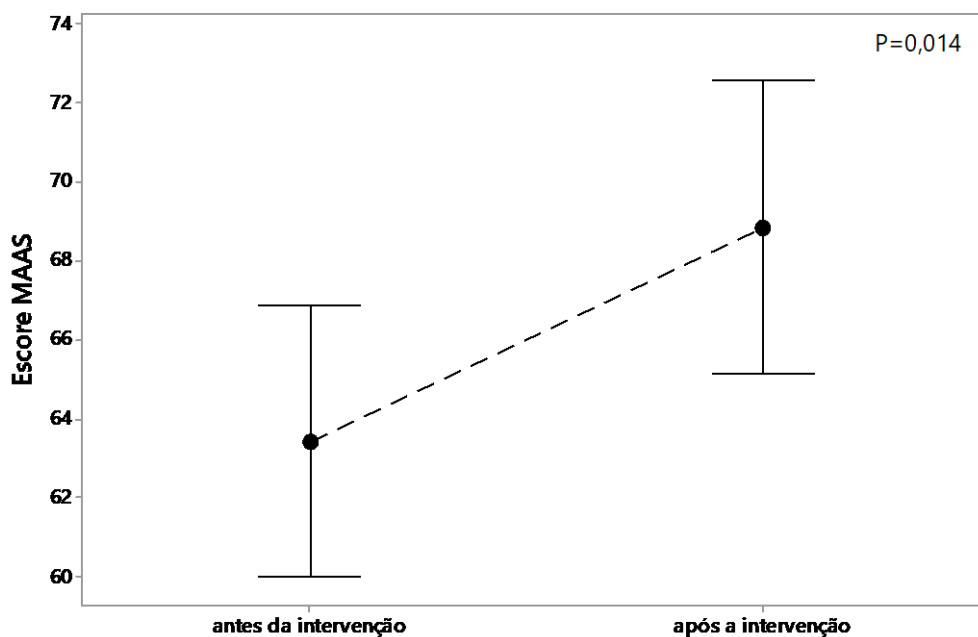
Tabela 3. Estatísticas descritivas dos escores de MAAS antes e após a intervenção com os idosos avaliados no estudo. Dourados, MS, Brasil, 2020

Intervenção	Estatísticas descritivas			Valor p ¹
	N	Média±desvio padrão	Mediana	
Antes	34	63,44 ± 9,79	64,00	0,014
Após	34	68,85 ± 10,61	68,00	

¹Valor p referente ao teste t para amostras pareadas a $p<0,05$

O resultado da Tabela 3 mostra a presença de diferenças significativas ($p=0,014$) nos escores do MAAS quando comparados à situação referente à intervenção, evidenciando que os pacientes apresentaram escore MAAS significativamente superior após a intervenção quando comparado ao escore MAAS anterior à intervenção. Esse resultado pressupõe que a intervenção realizada mostrou potencial para aumentar a capacidade de Mindfulness dos idosos, sendo considerado um efeito positivo para os avaliados (Figura 1).

Figura 1. Intervalos de confiança dos escores MAAS em relação à intervenção realizada com os pacientes do estudo. Dourados, MS, Brasil, 2021.



A posição dos intervalos de confiança no gráfico reitera a presença de diferenças significativas entre os escores MAAS de acordo com a intervenção, mostrando que os escores de MAAS no pós-intervenção são significativamente superiores em relação aos escores de MAAS no pré-intervenção.

DISCUSSÃO

Os achados evidenciaram que houve participação majoritária de mulheres, característica que se assemelha a outros estudos que tratam de Práticas integrativas Complementares (PIC). Estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada nas regiões norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste, obteve uma prevalência de participação de mulheres em PIC de 62,6% (RIBEIRO; RODRIGUES; ARAUJO, 2019). Outro estudo, com adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, do município de Rondonópolis, encontrou uma prevalência feminina de 64,1% (PINTO et al.,2020). Burke et al., (2017) destacam que, as mulheres buscam em práticas complementares como a meditação, bem-estar emocional, autorregulação e prevenção de saúde.

Evidenciou-se que, após a intervenção de Mindfulness os idosos apresentaram escore MAAS significativamente superior. Estudo envolvendo mulheres com idade entre 50 e 65 também encontrou diferenças significativas nos níveis de atenção após a prática de oito semanas (GARCIA et al.,2018).

Possivelmente o treinamento de Mindfulness proporcionou uma melhora nos níveis de atenção dos idosos, o que significa que estiveram mais atentos nas sensações físicas, na

identificação dos pensamentos que trazem tristeza, na preocupação com o passado e futuro, na atenção ao realizar as atividades, no ato de se alimentar, dentre outras situações abordadas pelas afirmativas do MAAS.

A literatura aponta que a capacidade de se manter em atenção plena pode proporcionar ao idoso vários benefícios, como redução da ansiedade, dos sintomas de preocupação e depressão e ainda, efeitos positivos no desempenho da memória imediata (FRANCO et al., 2017; WETHERELL et al., 2017). Silva e Assumpção (2018), destacam que aprimorar a atenção através de intervenções de mindfulness, permite que os idosos implementem quando necessário uma mudança de foco intencional, além disso, a prática sustentada auxilia nos danos decorrentes do estresse.

Considerando a necessidade de cuidados da população idosa, estimular essa habilidade de atenção e consciência intencional pode auxiliar os idosos a experimentar com mais atenção suas atividades diárias, atividades domésticas, atenção ao caminhar pelas ruas dentre outras (NASCIMENTO, 2016).

Estar atento intencionalmente e consciente das experiências ao longo do dia, acaba sendo um fator de proteção. Uma pesquisa que investigou a relação entre atenção plena e consciência intencional, reatividade cardiovascular (frequência cardíaca e pressão arterial) e a influência parassimpática e simpática na reatividade cardiovascular, verificou que indivíduos com níveis altos de atenção e consciência intencionais em um contexto de laboratório conseguiram promover a ativação parassimpática, pois estavam mais vigilantes. Esses indivíduos experimentaram uma carga cognitiva mais alta e detectaram com maior intensidade sinais de ameaça (WATFORD et al., 2020).

Nesse contexto, se a atenção plena pode aprimorar a capacidade de vigilância, para o idoso seu aprimoramento pode ser útil no dia a dia. Sendo no uso correto e consciente dos medicamentos, na atenção redobrada com a casa, com o objetivo de evitar a quedas, nos sinais de alerta do corpo para manifestações de agravo de doenças, no cuidado ao sair e na segurança de modo geral.

Os participantes ativos desta investigação, apresentaram maior potencial de atenção plena do que os inativos. Forjan, Tuckey e Li (2020) argumentam que nos dias em que o indivíduo no seu ambiente de trabalho experimenta um maior estado de atenção plena, eles teriam maior satisfação no trabalho por meio de níveis mais elevados de afeto positivo e menor afeto negativo. Ocorre também maior desempenho nas tarefas diárias, via melhoria da confiança na resolução de problemas.

Em seu estudo, Pang e Ruch (2019) perceberam que intervenções de atenção plena foram eficazes para aumentar o bem estar, reduzir o estresse e aumentar a satisfação no trabalho, além disso, perceberam que o efeito se mostrou sustentado por até seis meses após a intervenção.

A independência e autonomia financeira, a oportunidade de interação social, a possibilidade de se fazer útil por mais tempo, o estímulo cognitivo são situações vivenciadas por idosos ativos, e são esses idosos que possuem uma melhor qualidade de vida e menos sintomas depressivos (RIBEIRO; APRILE; PELUSO, 2020). Assim, para esses idosos os achados apontaram que a atenção plena pode ter agregado mais uma possibilidade de experiências positiva, agora de observar a mente sem julgamentos.

Por outro lado, os idosos inativos deste estudo, que inclui os aposentados e aqueles que ainda não conseguiram a aposentadoria, a repercussão da aposentadoria e ou a dificuldade em se aposentar somado a rotina do ambiente doméstico, trazem situações difíceis de serem administradas. Dentre estas, pode-se elencar, a monotonia, a solidão, o abandono, atividades repetitivas sem reconhecimento, como o de dona de casa entre outros (SANTOS; DINIZ; STARLING, 2018).

Para idosos inativos, este estudo demonstrou que a prática de Mindfulness talvez não deva ser a primeira opção de intervenção entre as PICS. Estudos futuros serão necessários para melhor desenvolvimento da referida prática com esse grupo populacional. Contudo, a manutenção das práticas de forma regular, pontual e sustentada por mais tempo, possam trazer melhores resultados, afim de promover a relação entre mente e corpo.

Por fim, para Nascimento (2016), Mindfulness na idade avançada possibilita seu uso numa perspectiva preventiva e educativa, tanto envolvendo doenças preexistentes quanto desenvolvendo aptidões e permitindo a pessoa aprender uma nova forma de estar na vida mais consciente e mais aceitante. Isso porque a prática de Mindfulness está relacionada com diversos parâmetros do bem-estar, com a capacidade de lidar com a dor e as adversidades presentes no dia a dia.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos indicaram que a intervenção de Mindfulness por oito semanas foi suficiente para aumentar a atenção plena e consciência dos idosos, sendo considerado um efeito positivo para os idosos avaliados. Os resultados também sinalizaram que os idosos ativos economicamente apresentam maior potencial para o desenvolvimento de Mindfulness do que os idosos inativos. As demais variáveis não apresentaram associação significativa em relação a intervenção.

Estes resultados sugerem que uma intervenção de dois meses pode ser útil para idosos como medida de promoção da saúde, de forma geral com foco na atenção e consciência, no entanto, estudos adicionais precisarão ser conduzidos usando uma amostra maior bem como, investigações com metodologias de natureza experimental.

Vislumbrar a possibilidade de promover a atenção plena em idosos, significa proporcionar meios para que os indivíduos consigam manejar problemas estressantes, assim como, administrar

ou perceber quando as emoções oriundas de situações desestabilizadoras da vida estão afetando os padrões psicológicos e físicos. Cabe aos profissionais de saúde e demais envolvidos na assistência aos idosos promover reflexões em movimento a ação e formulação de políticas públicas que estimulem essas e outras PIC para a população idosa.

As limitações desta pesquisa prendem-se com o processo de amostragem que, por se basear na seleção não-probabilística, reduz a representatividade dos resultados obtidos. Para diminuir o impacto desta limitação, o recrutamento dos idosos ocorreu em dois diferentes cenários de Dourados. Uma outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra reduzindo a capacidade de inferência do estudo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BAUER, C. C. C. et al. Mindfulness training preserves sustained attention and resting state anticorrelation between default-mode network and dorsolateral prefrontal cortex: a randomized controlled trial. **Human Brain Mapping**, New York, v. 41, n. 18, p. 5356-5369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hbm.25197>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CALCAGNOTTO, M. E. Cérebro em repouso, atenção e consciência. In: BEAR, M. F et al. Neurociências desvendando o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.p.719-750.

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem, Brasília, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BURKE, A. et al. Prevalence and patterns of use of mantra, mindfulness and spiritual meditation among adults in the United States. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 17, n. 1, p. 316-332, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1827-8>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FICHMAN, H. E. C. **Neuropsicologia clínica**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

FORJAN, D. N.; TUCKEY, M. R.; LI, Y. Problem solving and affect as mechanisms linking daily Mindfulness to task performance and job satisfaction. **Stress and Health**, Hong Kong, v. 36, p. 338-349, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smi.2931>. Acesso em: 15 jun. 2021.

APOLINARIUM, D.; BRUM, P. S. Envelhecimento cognitivo, comprometimento cognitivo leve e principais aspectos da avaliação. In: DUARTE, P.O.; AMARAL, J. R. G. (org). **Geriatría: prática clínica**. 1.ed. Barueri: Manole, 2020. p.273-282.

- FRANCO, C. et al. Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. **Terapia Psicológica**. Santiago, v. 35, p. 71-79, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78550673007>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- GARCIA, M. C. et al. The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. **Menopause**, New York, v.25, n.9, p.992-1003, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001118>. Acesso em: 12 jun. 2021.
- GINER PÉROT, J. Representation of old age, a challenge to be met. **Soins Gerontol**, Paris, v. 25, n. 142, p. 12-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sger.2020.01.003>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- GOMES, E. C. C. et al. Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2193-2202, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>. Acesso em: 11 jun. 2021.
- MARTÍ, A. C.; GARCIA-CAMPAYO, J. G.; DEMARZO, M. **Mindfulness e ciência: da tradição à modernidade** (org.). São Paulo: Athena, 2016.
- NASCIMENTO, P. L. **Análise de discurso sobre práticas de mindfulness de adultos e idosos iniciantes**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado e, Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/168073>. Acesso em: 08 jul. 2021.
- PANG, D.; RUCH, W. Fusing character strengths and mindfulness interventions: benefits for job satisfaction and performance. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 24, n.1, p. 150-162, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000144>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- PINTO, G. F. et al. Uso de práticas integrativas e complementares por idosos. **Saúde e Pesquisa**, Maringá. v.13, n.2, p. 275-282, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p275-282>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- RIBEIRO, D. P.; APRILLE, M. R.; PELUSO, É. T. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em idosos aposentados que trabalham. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.31, n 77, p. 65-82, 2020. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/7605ff21/d874/4310/ae69/cc247ee50777.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- RIBEIRO, L. S.; RODRIGUES, Q. P.; ARAÚJO, T. C. Perfil de utilização das práticas integrativas e complementares no Brasil – um estudo de base populacional. **Cientefico**, Fortaleza, v. 19, n. 40, 2019. Disponível em: <https://cientefico.emnuvens.com.br/cientefico/article/view/673>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- ROLLE, C. et al. Enhancing spatial attention and working memory in younger and older adults. **Journal of Cognitive Neuroscience**, Cambridge, v. 29, n.9, p.1483-1497, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1162/jocn_a_01159. Acesso em: 11 jun. 2021.
- SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>. Acesso em: 15 Jun. 2021.

SILVA, A. C. C.; ASSUMPÇÃO, A. A. A influência de mindfulness na qualidade de vida de idosos: revisão narrativa. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 37-51, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18404/13608>. Acesso em: 14 jun. 2021.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p. 887-905, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>. Acesso em: 15 Jun. 2021.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 15 Jun. 2021.

WATFORD, T. S. et al. The mindful attention and awareness scale is associated with lower levels of high-frequency heart rate variability in a laboratory context. **Psychophysiology**, Madison, v.57, n. 3, e.13506, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psyp.13506>. Acesso em: 15 Jun. 2021.

WETHERELL, J. L. et al. Mindfulness-based stress reduction for older adults with stress disorders and neurocognitive difficulties: a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v.78, n.7, p.734-743, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10947>. Acesso em: 15 Jun. 2021.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2009.

APÊNDICE IV ARTIGO 4

O EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM MINDFULNESS NA RESPOSTA COGNITIVA EM IDOSOS

RESUMO

Este estudo objetivou verificar os efeitos da intervenção de Mindfulness sobre a resposta cognitiva em pessoas idosas. Trata-se de um ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado. Foi realizada com 34 idosos, residentes no município de Dourados, Mato Grosso do Sul frequentadores da Universidade Aberta a Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UNAMI/UEMS e do Centro de Referência em Assistência Social de Dourados (CRAS). Idosos com idade igual ou superior a 60 anos e que dispunham de condições físicas e de saúde participaram do estudo. A intervenção seguiu o protocolo Mindfulness- Basead Health Promotion (MBHP). Para levantamento de dados pessoais foram utilizados questionário sociodemográfico e o Miniexame do Estado Mental (MEEM). A análise dos dados foi realizada por meio do Software Minitab 18 (Minitab Inc.) com análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores do instrumento com as variáveis contínuas de caracterização amostral. Aplicação do teste t para amostras pareadas antes e após a intervenção, Análise de variância (ANOVA) com Teste de Tukey para comparação dos escores dos instrumentos, e por último o teste de correlação Spearman para correlacionar os escores do MEEM com a caracterização amostral. Para os testes foi aplicado nível de significância 5%. A maioria dos idosos que participou do estudo foi do sexo feminino (85,29%), casados (47,06%) e católicos (67,65%). A média de idade dos idosos foi de 66,21 anos. Os resultados mostraram a presença de diferenças significativas nos escores do MEEM evidenciando que o escore foi significativamente superior no pós-intervenção. Este resultado estatístico pressupõe que a intervenção realizada apresentou efeito positivo no potencial cognitivo dos idosos avaliados, melhorando a capacidade cognitiva dos idosos. Manter a preservação da função cognitiva em idosos seja por Mindfulness ou outra prática integrativa é de extrema importância para manter sua independência e melhorar sua qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Lidar com o envelhecimento populacional continua sendo uma preocupação mundial. Esse fenômeno envolve implicações econômicas, políticas e de adequações no setor saúde. Destaca-se que no Brasil, envelhece-se mal e precocemente, pelo fato de não termos investido em políticas de envelhecimento ativo e saudável, centrado na promoção da saúde, no aprendizado ao longo da vida e na proteção dos mais fragilizados (KALACHE et al., 2020).

A promoção da saúde do idoso envolve uma gama de conhecimento em gerontologia que subsidie ações que evitem a sobrecarga do sistema de saúde. Sendo necessário considerar que o envelhecer, ainda que sem doença crônica, envolve algum tipo de perda funcional (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Manter a preservação da função cognitiva por exemplo é de extrema importância para a independência e a qualidade de vida dos idosos. No processo de envelhecimento, a função

estímulo, interpretação e resposta cognitiva fica comprometida, e quanto menor a função cognitiva, maior a dependência para realizar as atividades básicas da vida diária e as atividades instrumentais da vida diária (DURAN-BADILLO, 2020).

Isso ocorre porque o envelhecimento considerado “normal” está associado à gradual atrofia cerebral, com diminuição do cérebro e aumento dos sulcos e da profundidade dele. Segundo Rodrigues et al. (2019), ocorre uma redução no volume cerebral total de 2,4% por década após os 60 anos de idade e difere entre homens e mulheres, podendo ser maior entre os homens.

Entretanto, sabe-se que os determinantes sociais da saúde acentuam ainda mais esse evento como evidenciado no estudo de coorte de base populacional Elsi-Brasil realizado com 9.412 idosos, mostrando que os participantes das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram os melhores desempenhos, tanto na avaliação da memória, quanto na fluência verbal. Enquanto na região nordeste o desempenho em teste de função cognitiva se mostrou o pior (CASTRO-COSTA et al., 2018).

Felizmente, a neurociência tem mostrado que a estimulação do cérebro pode retardar esse processo de envelhecimento através da neurogênese e neuroplasticidade. A primeira consiste na criação de novos neurônios através da estimulação cerebral, enquanto a segunda está ligada a capacidade do cérebro de formar novas conexões, sendo o aprendizado o fator determinante desses processos (TANG, 2019; KUHN, TODA, GAGE, 2018).

Como uma das opções de estimulação do cérebro destaca-se a intervenção Mindfulness, **Mind**, do inglês significa, mente, atenção, consciência, e **Fulness** significa completo, pleno por isso, é definida como Atenção Plena, ou consciência plena. Consiste em uma habilidade de prestar atenção, ou consciência que surge ao prestar atenção, de propósito, no agora, e sem julgamentos (COSTA; CAMARGO, 2020).

Para Germer, Siegel e Fulton (2016), Mindfulness é uma experiência difícil de ser definida por um conceito. É o oposto do funcionamento no piloto automático, o oposto de devanear, é a habilidade de prestar atenção no momento presente. Intervenções baseadas em Mindfulness são uma abordagem baseada em evidências que tem sido utilizada no cuidado em saúde como um recurso para o bem-estar e equilíbrio de fatores estressantes (GHERARDI-DONATO et al., 2019).

Assim o presente estudo teve como objetivo verificar os efeitos da intervenção de Mindfulness sobre a resposta cognitiva em pessoas idosas

Metodologia

Trata-se de um ensaio clínico do tipo antes e depois, não controlado e análise quantitativa dos dados. Foi realizada com 34 idosos, residentes no município de Dourados, Mato Grosso do Sul frequentadores da Universidade Aberta a Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso

do Sul – UNAMI/UEMS e do Centro de Referência em Assistência Social de Dourados (CRAS), onde participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), outros idosos que não participavam dos referidos centros e serviços, porém com interesse em participar das atividades, foram previamente avaliados e inseridos ao grupo.

As intervenções ocorreram entre os meses de agosto e setembro em anos diferentes, o primeiro grupo de idosos (CRAS) em 2018 e o segundo grupo de idosos (UEMS) em 2019. A coleta de dados inicial ocorreu antes da intervenção e a segunda avaliação ocorreu um mês após o fim da intervenção.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, sob o parecer nº 2.746.065 e inserida no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) tendo como indicador RBR-2ksw7mc. Foram incluídos na amostra, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos e que dispunham de condições físicas e de saúde para participar da intervenção de Mindfulness, sendo excluídos os idosos, com problemas cognitivos ou mentais que impedissem a realização das atividades e aqueles participantes cuja frequência, nas sessões, foi inferior a 75%.

Os participantes que aceitaram os termos e condições da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para levantamento de dados pessoais dos participantes, foram utilizados um questionário sociodemográfico e o Miniexame do Estado Mental (MEEM) que avalia a orientação temporal e espacial, a memória imediata, a atenção e cálculo, a evocação das palavras, a linguagem e a construção visual. A pontuação segundo Brucki et al. (2003), máxima é 30 pontos e pode ser influenciada pela escolaridade, assim os autores sugerem que a nota de corte para analfabetos, 20; entre 1 e 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28 e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

As atividades foram conduzidas por duas instrutoras e suporte de um psicólogo quando necessário. As intervenções seguiram o protocolo MBHP desenvolvido em oito encontros.

No primeiro encontro ocorreu a apresentação do grupo das expectativas, de como as atividades seriam conduzidas e acordos em relação as trocas de experiências. Em seguida deu início as práticas específicas de Mindfulness como “Mindfulness da uva passa” e “escaneamento corporal”. A primeira oferece uma oportunidade de os idosos entenderem o quanto vivem no piloto automático e o quanto é possível estar em atenção plena em processos simples como durante a alimentação. O segundo apresenta uma forma de direcionar a atenção nas partes do corpo.

Do segundo ao oitavo encontro são abordadas as práticas da respiração, Mindfulness da vida diária, Mindfulness para situações desafiadoras, Mindfulness da mente dos pensamentos, prática do silêncio, Mindfulness da compaixão, e Mindfulness para a vida toda. Todos os exercícios têm suas particularidades, porém são uma forma de fazer algo com plena atenção, sem

julgamentos, sem elaboração intelectual e atento ao ato. Em todas as práticas os participantes compartilharam suas experiências e receberam um feedback dos instrutores e um direcionamento para anotações diárias e exercícios em casa.

A análise dos dados foi realizada por meio do Software Minitab 18 (Minitab Inc.) com análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar os escores do instrumento com as variáveis contínuas de caracterização amostral. Aplicação do teste t para amostras pareadas antes e após a intervenção, Análise de variância (ANOVA) com Teste de Tukey para comparação dos escores dos instrumentos, e por último o teste de correlação Spearman para correlacionar os escores do MEEM com a caracterização amostral. Para os testes foi aplicado nível de significância de 5% (ZAR, 2009).

Resultados

Foram recrutados 50 idosos, por anúncio do CRAS e da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, para participarem do curso de Mindfulness por oito semanas. Durante o curso, catorze idosos não cumpriram o limite de faltas e foram excluídos do estudo. Uma idosa não retornou para a última entrevista e não foi localizada pela pesquisadora, outro foi excluído do estudo por ter demonstrado dificuldades cognitivas para compreender as práticas, resultando em uma amostra de 34 idosos.

As características demográficas da amostra são detalhadas na Tabela 1. Observa-se que a maioria dos idosos que participaram do curso foi do sexo feminino (85,29%), casados (47,06%) e católicos (67,65%).

A média de idade dos idosos foi de 66,21 anos com desvio padrão de 6,06 anos e mediana de 64,50 anos. A idade máxima foi de 80,0 anos. O tempo médio de escolaridade dos idosos do estudo foi de 10,5 anos com desvio padrão de 5,72 anos e mediana de 13,0 anos. O tempo mínimo de escolaridade foi de 0,0 anos e o máximo foi de 17,0 anos. Demais resultados sociodemográficos são apresentados na tabela 1 que mostra os resultados das estatísticas descritivas após a intervenção.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	29	85,29
Masculino	5	14,71
Estado civil		
Casado	16	47,06

Continuação**Tabela 1.** Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Variáveis	N	%
Separado	4	11,77
Solteiro	2	5,88
União estável	2	5,88
Viúvo	10	29,41
Número de filhos nascidos		
Até 1 filho	4	11,76
2 a 3 filhos	17	50,00
Mais de 3 filhos	13	38,24
Número de filhos vivos		
Até 1 filho	4	11,76
2 a 3 filhos	19	55,88
Mais de 3 filhos	11	32,35
Religião		
Católica	23	67,65
Espírita	4	11,76
Evangélica	5	14,71
Seicho-no-ie	2	5,88
Pratica a religião		
Não	4	11,76
Sim	30	88,24
Ocupação ao longo da vida		
Administração	2	5,88
Comércio	2	5,88
Educação	9	26,47
Saúde	2	5,88
Outros	19	55,89
Ocupação Atual		
Aposentado	15	44,12
Comércio	2	5,88
Dona de casa	10	29,41
Outros	7	20,59
Atividade econômica		
Ativo	10	29,41
Inativo	24	70,59
Total	34	100,00

Em relação ao Miniexame do Estado Mental (MEEM), que estuda a capacidade cognitiva dos respondentes, a Tabela 2 mostra os resultados das estatísticas descritivas do escore MEEM antes da intervenção relacionado com as variáveis de caracterização amostral.

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos escores de MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral antes da intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Caracterização amostral		Escore MEEM			Valor p ¹
		N	Média±DP ³	Md ⁴	
Sexo	Feminino	29	24,75±3,56	24,00	0,839
	Masculino	5	24,60±0,89	24,00	
Estado civil	Com companheiro	17	25,17±2,53	24,00	0,445
	Sem companheiro	17	24,29±3,94	25,00	

Continuação

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos escores de MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral antes da intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Caracterização amostral		Escore MEEM			Valor p ¹
		N	Média±DP ³	Md ⁴	
Número de filhos vivos	Até 1 filho	4	25,75±1,50	26,00	0,619
	2 a 3 filhos	19	24,94±3,59	24,00	
	Mais de 3 filhos	11	24,00±3,28	24,00	
Religião	Católica	23	25,30±3,12	25,00	0,171
	Não católica	11	23,55±3,47	24,00	
Ocupação atual	Aposentado	15	25,33±3,35	25,00	0,207
	Comércio	2	28,50±2,12	28,50	
	Dona de casa	10	23,70±3,05	23,50	
	Outros serviços	7	23,86±3,24	24,00	
Atividade econômica	Ativo	10	24,80±3,36	24,00	0,943
	Inativo	24	24,70±3,34	24,50	
Escolaridade	0 a 4 anos	11	25,36±2,73	25,00	0,111 ²
	5 a 11 anos	4	25,50±5,69	28,00	
	12 anos ou mais	19	27,63±2,38	29,00	

¹Valor p referente ao teste t para amostras independentes a $p < 0,05$. ²Valor p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a $p < 0,05$. Letras diferentes na mesma coluna diferem-se significativamente pelo teste de comparação múltipla de Tukey a $p < 0,05$. ³DP: desvio padrão. ⁴Md: mediana.

A Tabela 2 mostra que não houve diferenças estatisticamente significativas nas médias de cada uma das variáveis de caracterização amostral quando os escores MEEM anteriores à intervenção foram comparados ($P > 0,05$).

A Tabela 3 mostra os resultados das estatísticas descritivas do escore MEEM após a intervenção relacionado com as variáveis de caracterização amostral.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos escores de MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral após intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Caracterização amostral		Escore MEEM			Valor p ¹
		N	Média±DP ³	Md ⁴	
Sexo	Feminino	29	26,55±3,24	28,00	0,588
	Masculino	5	27,20 ± 2,16	28,00	
Estado civil	Com companheiro	17	26,64 ± 2,54	28,00	1,000
	Sem companheiro	17	26,64 ± 3,63	28,00	
Número de filhos vivos	Até 1 filho	4	27,75 ± 1,89	28,50	0,612 ²
	2 a 3 filhos	19	26,78 ± 3,52	28,00	
	Mais de 3 filhos	11	26,00 ± 2,68	25,00	
Religião	Católica	23	26,82 ± 3,18	28,00	0,628
	Não católica	11	26,27 ± 3,00	26,00	
Ocupação atual	Aposentado	15	28,20 ± 1,89	29,00	0,207
	Comércio	2	27,50 ± 3,54	27,50	
	Dona de casa	10	24,10 ± 3,35	24,50	
	Outros serviços	7	26,71±2,87	28,00	
Atividade econômica	Ativo	10	27,00 ± 2,66	28,00	0,648
	Inativo	24	26,50 ± 3,29	28,00	
Escolaridade	0 a 4 anos	11	25,36 ± 2,73	25,00	0,111 ²
	5 a 11 anos	4	25,50 ± 5,69	28,00	
	12 anos ou mais	19	27,63 ± 2,38	29,00	

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a $P < 0,05$. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a $P < 0,05$. ³DP: desvio padrão. ⁴Md: mediana.

Os resultados mostram que não houve diferenças significativas, relacionando o escore MEEM e a caracterização amostral.

A Tabela 4 mostra os resultados da correlação dos escores MEEM com as variáveis contínuas do estudo.

Tabela 4. Coeficientes de correlação de Spearman (valor de p) do escore MEEM em relação às variáveis de caracterização amostral contínuas. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Intervenção	Variáveis contínuas	Escore MEEM ¹
Antes	Idade	0,072 (0,684)
	Anos de viuvez	-0,311 (0,073)
Após	Idade	-0,059 (0,742)
	Anos de viuvez	-0,198 (0,262)

¹Valor p referente ao teste de correlação de Spearman a $p < 0,05$.

A Tabela 5 mostra as estatísticas descritivas dos escores referentes ao MEEM antes e após a intervenção realizada com os idosos avaliados no estudo.

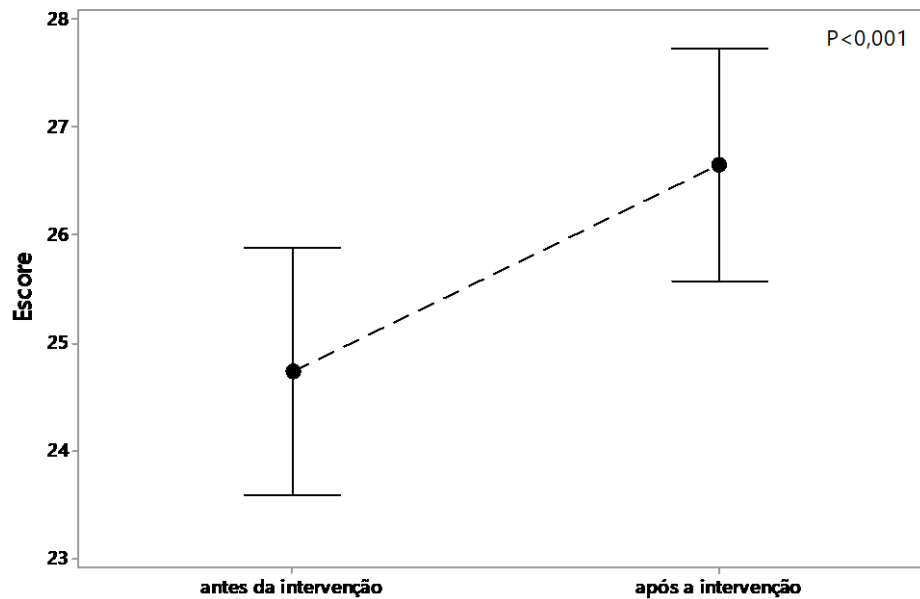
Tabela 5. Estatísticas descritivas dos escores de MEEM antes e após a intervenção com os idosos avaliados no estudo. Dourados, MS, Brasil, 2021.

Intervenção	Estatísticas descritivas			Valor p ¹
	N	Média ± desvio padrão	Mediana	
Antes	34	24,73 ± 3,29	24,00	<0,001
Após	34	26,64 ± 3,09	28,00	

¹Valor p referente ao teste t para amostras pareadas a $p < 0,05$.

O resultado da Tabela 5 mostra a presença de diferenças significativas nos escores do MEEM evidenciando que o escore foi significativamente superior no pós-intervenção quando comparado ao escore obtido antes da intervenção. Este resultado estatístico pressupõe que a intervenção realizada apresentou efeito positivo no potencial cognitivo dos idosos avaliados, melhorando a capacidade cognitiva (Figura 2).

Figura 1. Gráfico de intervalos de confiança para os escores MEEM antes e após a intervenção. Dourados, MS, Brasil, 2021.



A posição dos intervalos de confiança referentes aos escores MEEM reitera o resultado estatístico de diferença significativa, mostrando que o escore MEEM após a intervenção foi significativamente superior em relação ao escore antes da intervenção, pressupondo maior potencial cognitivo dos idosos após a intervenção.

DISCUSSÃO

Entre as características sociodemográficas dos idosos investigados, destacamos que a maioria são mulheres com escolaridade superior ao ensino fundamental, religião católica, praticantes da religião e aposentadas. Tendências de estudos populacionais afirmam que a mortalidade precoce dos homens, eleva o contingente feminino e provoca um fenômeno denominado feminização da velhice (SOUZA et al., 2018).

Esse fenômeno causa desfechos recorrentes no sexo feminino e influencia no modo de viver dessas mulheres. Observamos durante o nosso estudo que as mulheres foram as mais interessadas nessa intervenção e as que tiveram uma melhor adaptação para todos os exercícios a serem realizados (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019).

O sexo feminino se destaca na prevenção e promoção da saúde quando comparado ao sexo masculino. Culturalmente essa maior adesão das mulheres no autocuidado se naturalizou vinculado as questões reprodutivas e de saúde sexual, enquanto a aversão do homem se deve a práticas contrárias a virilidade (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Upchurch e Johnson (2019), observaram em seu estudo que as mulheres americanas são as que mais utilizam da medicina complementar alternativa para promoção de sua saúde. Entre as

opções, 10,3% das mulheres utilizavam a meditação em comparação a 5,2% dos homens, tendo como objetivo comum a redução do estresse. Entre as práticas de meditação, as mulheres utilizavam o Ioga, Tai chi ou Qigong, já os homens eram mais propensos a utilizarem Mindfulness por ser uma prática mais autônoma.

Os idosos desse estudo já ouviram falar em meditação, porém desconheciam Mindfulness e nenhuma prática antes do estudo foi relatada pelos participantes. Observou-se, durante a intervenção que o fator escolaridade, foi determinante para a adesão e para compreensão de todas as fases da intervenção. Para os menos escolarizados houve a necessidade de explicar os exercícios com mais detalhes para melhor entendimento

A análise dos resultados entre os períodos antes e depois revelaram efeito positivo no potencial cognitivo dos idosos investigados, sugerindo que Mindfulness por algum mecanismo melhorou a função cognitiva desses idosos ao responder o MEEM.

Esses resultados vão ao encontro daqueles apresentados por Wong et al. (2016), que observaram efeitos positivos na cognição de idosos, em atividades da vida diária e melhora no autocuidado. Quintana-Hernández et al. (2016), notaram que a estimulação cognitiva baseada em Mindfulness tem um efeito benéfico na manutenção da função cognitiva na doença de Alzheimer, achados que contribuem para reforçar a potencialidade da intervenção.

Estudo de Wong et al. (2017), também encontrou resultados positivos no aprimoramento das funções cognitivas em idosos, sugerindo que Mindfulness é uma terapêutica não farmacológica potencialmente eficaz principalmente quando existe um comprometimento cognitivo leve.

Revisão sistemática conduzida por Berk et al. (2016) substanciou que intervenções de atenção plena produzem um efeito positivo em testes de cognição, e para idosos são viáveis por atrasarem o surgimento de declínio cognitivo e início precoce do comprometimento cognitivo leve e demência.

Yang et al. (2019) mostraram que a prática da meditação envolve mudanças na estrutura física do cérebro, pois promove um aumento na espessura de regiões como o córtex parietal superior e no pré-cuneos esquerdo. Engen et al. (2018), identificaram o aumento da espessura cortical, em áreas pré-frontais e regiões da ínsula com a meditação.

Um ensaio clínico randomizado com 55 idosos de Singapura investigou os efeitos de uma versão de Mindfulness de 12 semanas com diagnóstico de comprometimento cognitivo leve e evidenciou que a prática da atenção plena pode atrasar o declínio cognitivo ao reduzir a proteína C Reativa sérica, níveis elevados cronicamente dessa proteína no sangue podem favorecer o surgimento das demências (NG et al., 2020).

Uma possível explicação para o achado desta pesquisa é que durante o desempenho de tarefas a mente é ocupada por informações irrelevantes e após a imersão em Mindfulness, os

indivíduos passaram a compreender seus pensamentos e reduzir o excesso de informação, liberando recursos cognitivos para serem alocados para trabalhar na tarefa em questão (YOUNGS et al., 2020).

Cabe ressaltar que os pensamentos são eventos mentais, e eles não são gerados voluntariamente, por isso, no cotidiano acreditamos e nos identificamos com eles. Ao fazer isso cria-se uma realidade capaz de alterar o emocional e gerar comportamentos inadequados. Com a meditação pode-se prestar atenção ao espaço mental, observando como os pensamentos surgem e desaparecem.

Ela ajuda a perceber que pensamentos são apenas pensamentos, e que é possível desenvolver habilidades para observá-los com aceitação, sem julgamentos e sem a necessidade de apego, e como consequência descobrir que eles não precisam orientar o que fazemos. Também treina a pessoa a pensar antes de agir de forma automática, podendo assim ajudar o idoso a responder ao estresse de forma saudável (COSENZA, 2021).

Apesar de ter sido o primeiro contato desse idosos com Mindfulness e da intervenção ter sido realizada por apenas oito semanas, não se descarta que outros mecanismos possam ter ocorrido como a neuroplasticidade, considerada a capacidade de se adaptar e reorganizar estruturas e funções cerebrais a partir de estímulos internos e externos em nível celular. A plasticidade estrutural em neurônios e circuitos do hipocampo inclui modificações do tamanho da árvore dendrítica e espinhas, número de sinapse, bem como a formação de novos neurônios. Em nível de hipocampo impulsiona mudanças na conectividade, modificações estruturais e resultados comportamentais (YOUNG; YOUNG; TOLBERT, 2018).

De forma empírica o fato de ter havido uma melhora no MEEM pode ter se dado ao fato de que a intervenção de Mindfulness desenvolve habilidades como uma atenção aberta, curiosa, receptiva, amigável, não julgadora, compassiva e gentil, essas habilidades são aprimoradas durante as oito semanas e possivelmente houve uma percepção e atenção diferentes na segunda aplicação do MEEM. Além disso, estar consciente no momento presente, permite que a mente seja menos reativa a pensamentos e comportamentos e crítica (FELSTED, 2020).

Entre os aspectos que são mensurados no MEEM, se pensarmos na orientação temporal, mesmo com a idade avançada, os exercícios de Mindfulness conduzem o indivíduo à plena atenção, ou seja, existe um direcionamento para que o indivíduo viva o agora, então existe uma maior percepção da passagem do tempo, o que para o idoso é essencial (COSTA; CAMARGO, 2020).

E, mesmo para aqueles idosos que estão iniciando, práticas curtas de Mindfulness aumentam a atenção, a memória de reconhecimento, a memória de trabalho, além de diminuir os escores da ansiedade e humor negativo (BASSO et al., 2019).

Existe uma janela entre ser cognitivamente saudável e ter demência, representando, assim um espaço de oportunidade na qual os idosos ainda podem ser cognitivamente capazes de adquirir novas técnicas, antes que os sintomas irreversíveis de demência apareçam (NG et al., 2020).

Assim como o corpo consegue músculos visíveis por meio de treino, com a mente não é diferente, a prática de exercícios mentais específicos como Mindfulness pode promover a saúde e mudanças a nível cerebral de quem busca por esse tipo de prática.

CONCLUSÃO

A prática da meditação se mostrou uma atividade que melhora o potencial cognitivo, já que os idosos apresentaram escore MEEM significativamente superior após a intervenção. As demais variáveis não apresentaram correlação com os escores MEEM nem antes e nem após a intervenção. Não houve influência das variáveis de caracterização amostral nos escores MEEM antes da intervenção, já que os valores p resultantes apresentaram-se superiores a 0,05.

Apesar dos achados serem importantes, o presente estudo possui limitações quanto ao tamanho da amostra e ausência de grupo controle. Sugere-se estudos mais detalhados com imagens que possam destacar com precisão as mudanças que ocorrem a nível cerebral. Ademais, manter a preservação da função cognitiva em idosos seja por Mindfulness ou outra PIC é algo de extrema importância para manter sua independência e melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BASSO, J. C. et al. Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood, and emotional regulation in non-experienced meditators. **Behavioural Brain Research**, Amsterdam, v.356, p.208-220, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.08.023>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>. Acesso em: Jun. 2021.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61 n. 3. p. 777-781, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso em: 16 Jun. 2021.

CAMARGO, D.; COSTA, A. C. V. **Mindfulness leardership**. Curitiba: Contentus, 2020.

CASTRO-COSTA, E. et al. Função cognitiva em idosos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Supl. 2:4s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000629>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

COSENZA, R. M. **Neurociência e mindfulness**: meditação, equilíbrio emocional e redução do estresse. Porto Alegre: Artmed, 2021.

DURAN-BADILLO, T. et al. Função sensorial, cognitiva, capacidade de caminhar e funcionalidade de idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3282, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3499.3282>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

ENGEN, H. G. et al. Structural changes in socio-affective networks: multi-modal mri findings in long-term meditation practitioners. **Neuropsychologia**, Oxford, v.116, p. 26-33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.08.024>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

FELSTED, K. F. F. Mindfulness, stress, aging. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia. v.36, n.4, p.685-696, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.010>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia**. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2016.

GHERARDI-DONATO, E. et al. Mindfulness: reflexão sobre limites e potencialidades para a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.9, n.52. p.1-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769233058>. Acesso em: 17 jun. 2021.

KALACHE, A. et al. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da pandemia covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, e200122, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>. Acesso em: 17 jun. 2021.

KUHN, H. G.; TODA, T.; GAGE, F. H. Adult hippocampal neurogenesis: a coming-of-age story. **Journal of Neuroscience**, Baltimore, v.38, n.49, p.10401-10410, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2144-18.2018>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. et al. A feminização da velhice: uma abordagem biospsiossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas. Humanas e Sociais**, Aracaju, v.8, n. 2, p. 239-252, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

NG, T. K. S. et al. Mindfulness improves inflammatory biomarker levels in older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. **Translational Psychiatry**, London, v.10, n.21, p.1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0696-y>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

QUINTANA-HERNÁNDEZ, D. J. et al. Mindfulness in the maintenance of cognitive capacities in alzheimer's disease: a randomized clinical trial. **Journal of Alzheimer's Disease**, Amsterdam, v.50, n.1, p. 217-232, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JAD-143009>. Acesso em: 16 Jun. 2021.

RODRIGUES, M. A. S. et al. Quantitative evaluation of brain volume among elderly individuals in São Paulo, Brazil: a population-based study. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 52, n.5, p. 293-298, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2018.0074>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

SOUSA, N. F. S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.11, p. e00173317, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

TANG, Y. Y. et al. Frontal theta activity and white matter plasticity following mindfulness meditation. **Current Opinion in Psychology**, Amsterdam, v.28, p. 294-297, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.04.004>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

UPCHURCH, D. M.; JOHNSON, P. J. Gender differences in prevalence, patterns, purposes, and perceived benefits of meditation practices in the United States. **Journal of Women's Health**, Larchmont, v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7178>. Acesso em: 16 jun. 2021.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 23, n.6, p.1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

WONG, W. P. et al. The effects of mindfulness on persons with mild cognitive impairment: protocol for a mixed-methods longitudinal study. **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v. 8, n. 156, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00156>. Acesso em: 16 Jun. 2021.

WONG, W. P, et al. The effects of mindfulness on older adults with mild cognitive impairment. **Journal of Alzheimer's Disease**. Amsterdam, vol.1, n.1, p.181–193, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/ADR-170031>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

YANG, C. C. et al. Alterations in brain structure and amplitude of low-frequency after 8 weeks of mindfulness meditation training in meditation-naive subjects. **Scientific Reports (Nature Publishing Group)**, London, v. 9, e10977, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47470-4>. Acesso em: 17 Jun. 2021.

YOUNG, P. A.; YOUNG, P. H.; TOLBERT, D. L. **Neurociência clínica básica**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2018.

YOUNGS, M. A. et al. Mindfulness meditation improves visual short-term memory. **Psychological Reports**, Montana. v.124, n.4, p.1673-1686, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0033294120926670>. Acesso em: 14 jan. 2020.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 5. ed. New Jersey: Essex: Prentice Hall, 2009.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E ESTADO DE SAÚDE

Número do instrumento: _____ Data __/__/____

Nome: _____

IDADE _____ Data de nascimento: __/__/____ Sexo: Fem() Masc()

Estado civil:

Solteiro () Casado () União estável () Separado () viúvo ()

Tempo de viuvez em anos _____

Número de filhos nascidos: _____ Número de filhos vivos: _____

Religião: Católico () – protestante/evangélico () – espírita () – Outras () – não tem ()

Praticante? Sim () Não ()

Escolaridade em anos completos: _____

Atividade econômica: () ativo () inativo

Ocupação anterior: _____ Ocupação atual: _____

*Pratica periodicamente meditação? Sim () Não ()

*Pratica periodicamente yoga? Sim () Não ()

*Faz uso diário de antidepressivo? Sim () Não () Qual? _____

*Possui doenças psiquiátricas como esquizofrenia, bipolaridade e outras? Sim ()
qual? _____ Não ()

* Perguntas utilizadas previamente para seleção dos idosos participantes.

APÊNDICE VI TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa com o Título: **“Mindfulness Intervenção Complementar na Assistência ao Idosos com Sintomas Depressivos”**, que será realizada no município de Dourados/MS. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por mim, **Rosely Almeida Souza** aluna do curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS e tem como objetivo conhecer as potencialidades da terapia *Mindfulness* na possibilidade da melhora dos sintomas depressivos e, assim, sua participação é fundamental.

Mindfulness conhecida como atenção plena, não procura esvaziar a sua mente de pensamentos ou emoções, trata-se de prestar atenção ao momento presente, sem ficar se apegado ao passado ou sem se projetar ao futuro. A prática de *mindfulness* é um treino que serve para aliviar uma variedade de condições físicas e mentais, incluindo transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade, na prevenção, melhora e recaídas depressivas,

Para isso precisamos nos encontrar algumas vezes para realizar as atividades de *mindfulness*. Realizaremos 8 encontros sendo que cada um deles terão práticas como meditação da respiração, yoga e caminhada meditativa com atenção plena, movimentos conscientes em diferentes posições corporais na posição sentada e deitada e meditação da compaixão. As atividades poderão durar até 2 horas dependendo do dia e da prática que será proposta.

Entendemos que este estudo apresenta baixo risco por se tratar de uma terapia complementar que busca lidar com os pensamentos assim os possíveis comportamentos que fujam da normalidade serão encaminhados para acompanhamento na ESF de seu território.

Quero esclarecer que sua participação é voluntária, isto é, você só participa se quiser e terá toda liberdade de desistir de participar a qualquer momento, inclusive após o término dos 8 encontros.

Como responsável por este estudo, assumo o compromisso de medidas que garantam sua liberdade de participação, sua integridade e a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade, sigilo e confidencialidade e o modo de efetivação. Será também garantido o

Rubrica do participante

direito de acesso aos resultados da pesquisa, esses resultados serão utilizados para fins acadêmicos em divulgações científicas, congressos e artigos.

Sua participação será de grande importância, pois o principal objetivo da pesquisa será contribuir para aproximar as novas terapias complementares na assistência aos idosos com sintomas depressivos e colaborar no planejamento de cuidados de saúde para essa população.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Eu enquanto pesquisadora estarei à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso sinta necessidade de entrar em contato comigo para qualquer esclarecimento, os telefones e o endereço para contato são:

**Pesquisadora responsável: Rosely Almeida Souza , fone (67) 99692-9462
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS Programa de Pós
Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste - Cidade
Universitária – Pioneiros - Campo Grande, MS, CEP: 79070-900**

**Se quiser entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS,
poderá usar o tel: (67) 3345-7187 , e e-mail: cepconep.propp@ufms.br.**

Você está recebendo duas vias desse termo, Se estiver esclarecido sobre finalidade desse estudo e concordar em participar, por favor, assine as duas cópias deste termo. Eu ficarei com a primeira e você ficará com a segunda via.

.....

Declaro que fui esclarecido(a) sobre a finalidade do estudo e que entendi o que me foi explicado. Assim, consinto em participar da pesquisa.

Dourados ____ de ____ de 2018

Rosely Almeida Souza
Pesquisadora responsável

Assinatura do participante

Rubrica do participante

ANEXOS

ANEXO I PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MINDFULNESS- INTERVENÇÃO COMPLEMENTAR NA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

Pesquisador: Rosely Almeida Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87374518.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.746.065

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora ressalta o contexto de que tem havido aumento da frequência de idosos com sintomas depressivos, que esta condição prejudica a qualidade de vida do idoso, além de ser considerado um marcador de incapacidades, pois a depressão agrava outras patologias preexistentes. No Brasil, a forma habitual de tratamento a esta condição baseia-se no tratamento farmacológico, porém têm sido relatados na literatura internacional resultados significativos com a utilização de intervenções terapêuticas complementares no tratamento dessa doença em idosos, podendo vir a ser integrada à prática clínica contemporânea. Busca-se nesse estudo conhecer os efeitos de uma intervenção complementar chamada mindfulness, conhecida também como "Mente Atenta" ou "Atenção Plena" (um tipo de prática de meditação) na redução dos sintomas depressivos em idosos (avaliação antes e após 8 sessões semanais de tratamento). A amostra do estudo será constituída por idosos que frequentam o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e idosos que residem no Lar do Idoso, uma instituição de Longa Permanência, ambos situados no município de Dourados/ MS.

- Critérios de inclusão: Idosos com idade igual ou superior a 60 anos; assistidos por alguma ESF de Dourados; idosos de ambos os sexos que frequentam e residem nas instituições Lar do idoso e CREAS; identificados com sintomas depressivos pela Escala de Depressão Geriátrica versão 15.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.746.065

- Critérios de exclusão: idosos com incapacidade de se comunicar e ou autonomia de resposta; acamados e debilitados fisicamente por estágio de senescência; com déficit cognitivo, doenças mentais principalmente esquizofrenia, epilepsia; idosos que fazem uso de antidepressivos (por interferir diretamente no resultado das intervenções); idosos que já são praticantes de yoga e meditação; idosos desassistidos pela ESF de Dourados por algum motivo.

O tamanho estimado da amostra é de 70 indivíduos (35 indivíduos que são atendidos no Lar do Idoso e 35 indivíduos que são atendidos no CREAS).

Objetivo da Pesquisa:

“Avaliar a efetividade da intervenção Mindfulness em idosos com sintomas depressivos.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos previstos pela pesquisadora: “A pesquisa poderá causar desconforto psicológico caso o idoso tenha ruminções de pensamento, nesses casos e durante toda as práticas terá como observador e auxiliar um psicólogo durante toda a sessão caso algum idoso necessite de algum auxílio individual.”

- Benefícios previstos pela pesquisadora: “Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família constitui-se um espaço privilegiado para promoção do envelhecimento saudável e a busca de tratamentos alternativos pode ser decisiva no enfrentamento da depressão. Dessa forma, avaliar a efetividade de mindfulness poderá contribuir para novas modalidades de assistência tanto na ESF quanto em Unidades Hospitalares, Centros de convivências e lares.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisadora realizou adequações, atendendo a todas as pendências apontadas no parecer à versão 1 do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram anexados: Projeto detalhado, Carta de Autorização do ‘Lar do Idoso’, Carta de Autorização da Presidente da CEPET – Núcleo de Educação na Saúde - Prefeitura Municipal de Dourados, Instrumentos de coleta de dados, Cronograma e Orçamento da pesquisa, Parecer do Colegiado do Programa de Pós-Graduação, Cartas de Colaboração de Psicólogo e da Instrutora da prática “Mindfulness”.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.746.065

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresenta todos os itens necessários para aprovação do projeto de pesquisa.

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_1090661.pdf	24/05/2018 22:43:34		Aceito
Outros	Carta_com_comite.pdf	24/05/2018 22:42:40	Rosely Almeida Souza	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_doc.pdf	24/05/2018 22:31:34	Rosely Almeida Souza	Aceito
Outros	Carta_3.PDF	24/05/2018 17:38:14	Rosely Almeida Souza	Aceito
Outros	Carta1.pdf	23/05/2018 20:45:57	Rosely Almeida Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/05/2018 20:44:27	Rosely Almeida Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecerdocolegiado.pdf	13/03/2018 14:46:57	Rosely Almeida Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta2.pdf	13/03/2018 14:43:46	Rosely Almeida Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	13/03/2018 14:42:30	Rosely Almeida Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/03/2018 14:37:36	Rosely Almeida Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	12/03/2018 22:56:42	Rosely Almeida Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.746.065

CAMPO GRANDE, 29 de Junho de 2018

Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO II AUTORIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL DE DOURADOS



ANEXO I	
Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.	
Dados da Instituição/Requerente: Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS Cel.:(67) 3345-7719 (67) 3345-7791	
Curso: Doutorado strito sensu Professor Orientador: Adriano Menis Ferreira Cel.:(67) 9275-4526, Professora Co-orientadora.: Márcia Regina M. Alvarega UEMS Comercial (67) 3902-2561 Disciplina: Pesquisa de Doutorado Nome Completo da Aluna: Rosely Almeida Souza	
Atividade:	
<input type="checkbox"/> Estágio Curricular <input type="checkbox"/> Estágio Extracurricular e não Remunerado <input type="checkbox"/> Aulas Práticas <input type="checkbox"/> Visitas <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Trabalhos _____ Proposta de Cronograma:	
Data: A partir de janeiro 2018 Período: I(X) Local: Estratégia de Saúde da Família do município de Dourados	
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)	
Intervenção Complementar na Assistência aos Idosos Com Sintomas Depressivos Essa pesquisa parte de algumas preocupações a respeito do número de idosos com sintomas depressivos e potenciais para suicídio. No Brasil a única forma de tratamento oferecida pela Atenção Primária e Secundária baseia-se no tratamento farmacológico e as demais modalidades de assistência como a psicoterapia é distante da realidade da maioria da população por questões estruturais. Por outro lado, em países desenvolvidos com Inglaterra, Espanha e Canadá tem se obtido resultados significativos com intervenções terapêuticas complementares no manejo dessa doença em idosos principalmente com Mindfulness. Anseia-se nesse estudo conhecer os efeitos de Mindfulness no tratamento da depressão na população de idosos de Dourados almejando contribuir para novas modalidades de assistência tanto na ESF quanto em Unidades Hospitalares.	
Objetivo:	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a efetividade da intervenção Mindfulness nos sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Dourados – MS • Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos com sintomas depressivos • Verificar se os efeitos da prática de Mindfulness se diferem quando comparadas em relação em relação aos sintomas depressivos antes e depois. 	
Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal:	
Entrevista com os idosos e encontros semanais para as práticas de Mindfulness	
Apreciação da CEPET em: <u>27/10/17.</u> <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado Data: _____ Período: M(x)T(x) Local: <i>Unidades de Saúde da Família.</i> Quantidade de Alunos: _____ *** Os Alunos deverão OBRIGATORIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.	
Devolutivas à CEPET:	
<input type="checkbox"/> Apresentar a SeMS: <input checked="" type="checkbox"/> Entregar cópia à SeMS: <i>Relatório Final do Projeto e Resultados cópia em CD.</i> <input type="checkbox"/> Não Aprovado Justificativa: _____	

Okada
Presidente da CEPET

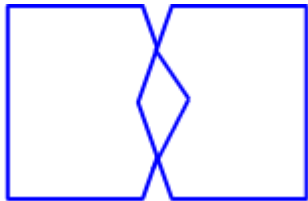
Patrícia Camargo Farias Okada
Mat. 114763346-1
Núcleo de Educação na Saúde

Escala De Depressão Geriátrica Abreviada- 15 itens

1. Está satisfeito (a) com sua vida? Sim () **Não** ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades? **Sim** () Não ()
3. Acha sua vida vazia? **Sim** () Não ()
4. Aborrece-se com frequência? **Sim** () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () **Não** ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? **Sim** () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () **Não** ()
8. Sente-se desamparado com frequência? **Sim** () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? **Sim** () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? **Sim** () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)? Sim () **Não** ()
12. Vale a pena viver como vive agora? Sim () **Não** ()
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () **Não** ()
14. Acha que sua situação tem solução? Sim () **Não** ()
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? **Sim** () Não ()

ANEXO IV MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Código de ID

I. ORIENTAÇÃO TEMPORAL PONTOS ACERTOS	Pontos	Acertos
1. Que dia é hoje?	1	
2. Em que mês estamos?	1	
3. Em que ano estamos?	1	
4. Em que dia da semana estamos?	1	
5. Qual a hora aproximada? (variação ± 1 hora)	1	
II ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
6. Em que local nós estamos? (apontar para o aposento)	1	
7. Que local é este? (apontar ao redor. Sentido mais amplo)		
8. Em que bairro estamos ou o nome da rua mais próxima?	1	
9. Em que cidade estamos?	1	
10. Em que Estado estamos?	1	
11. Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: Vaso – carro – tijolo. 01 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira tentativa, embora possa repeti-las até 3 vezes para aprendizado.	3	
III. ATENÇÃO E CÁLCULO		
12. Subtração de sete sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7=65)	5	
13. Ou Soletrar a palavra Mundo ao contrário / ODNUM	1	
IV. MEMÓRIA DE EVOCÇÃO		
14. Recordar as três palavras repetidas anteriormente	3	
V. LINGUAGEM		
15. Nomear dois objetos (aponte um lápis/caneta e o relógio)	2	
16. Repetir uma frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
17. Comando verbal: “Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre ao meio (1 ponto) e coloque no chão (1 ponto)	3	
18. Seguir o comando escrito: “Feche os olhos”	1	
19. Escrever uma frase completa.	1	
PRAXIA CONSTRUTIVA		
20. Copiar o desenho		
		
TOTAL		

ANEXO V ESCALA DE ATENÇÃO PLENA E CONSCIÊNCIA – MAAS

Código de ID

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1 a 6 abaixo, por favor, indique a frequência com que você tem cada experiência, atualmente. Por favor, responda de acordo com o que realmente reflita a sua experiência, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, pense em cada item separadamente dos outros.

1	2	3	4	5	6
Quase sempre	Muito frequentemente	Relativamente frequentemente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca

1. Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.	1	2	3	4	5	6
2. Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.	1	2	3	4	5	6
3. Eu tenho dificuldade em estar focado no que está acontecendo no presente.	1	2	3	4	5	6
4. Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.	1	2	3	4	5	6
5. Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.	1	2	3	4	5	6
6. Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.	1	2	3	4	5	6
7. Parece que estou funcionando no “piloto automático” sem ter muita consciência do que estou fazendo.	1	2	3	4	5	6
8. Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas.	1	2	3	4	5	6
9. Eu fico tão focado nos objetivos que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo.	1	2	3	4	5	6
10. Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.	1	2	3	4	5	6
11. Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6
12. Há coisas sobre as quais tento não pensar.	1	2	3	4	5	6
13. Encontro-me preocupado com o futuro e com o passado.	1	2	3	4	5	6
14. Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.	1	2	3	4	5	6
15. Eu como sem estar consciente do que estou comendo.	1	2	3	4	5	6
TOTAL						