

**AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CRISTIANE ELIZA MAINARDI

**INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE MINDFULNESS EM PACIENTES COM A DOENÇA
DE ALZHEIMER: revisão sistemática de literatura**

Juína-MT

2018

AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA

CRISTIANE ELIZA MAINARDI

**INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE MINDFULNESS EM PACIENTES COM A DOENÇA
DE ALZHEIMER: revisão sistemática de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da AJES Faculdade do Vale do Juruena, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Me. Victor Cauê Lopes.

Juína-MT

2018

AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MAINARDI, Cristiane Eliza. **Influência da técnica de mindfulness em pacientes com a Doença de Alzheimer: Revisão sistemática de literatura.** (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, Juína-MT, 2018.

Data da Defesa: 29/06/18

Membros Componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador: Prof. Me. Victor Cauê Lopes

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA

Membro Titular: Prof. Dr. Vinicius Antonio Hiroaki Sato

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA

Membro Titular: Prof. Me. Leila Berlet

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA

Local: Associação Juinense de Ensino Superior.

AJES – Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena.

AJES – Unidade Sede, Juína-MT.

Dedicatória

“Milhares de velas podem ser acesas de uma única vela, e a vida da vela não será encurtada. Felicidade nunca diminui ao ser compartilhada” – Buda.

Neste momento de grande felicidade dedico este trabalho ao meu vô, que sempre esteve presente, compartilhou comigo seus ensinamentos, desejou o melhor para mim. Para sempre será lembrado. (Anisio dias Nogueira).

Esta conquista é nossa.
Com amor, sua neta Cristiane.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante esta conquista.

Por gostar de música e algumas terem marcado minha vida, irei fazer meus agradecimentos com trechos de músicas.

Trecho 01: “E para quem hoje...Vive o que eu vivi! E pra quem hoje...Chora o que eu chorei! Quero dizer que após à noite mais escura...mais cheia de amargura, outro dia vai nascer...” Lembro de você cantando quando eu era criança e eu percebia o seu sentimento envolvido em cada letra, não conheço o seu caminho, mas sei que não foi fácil e apesar de tudo você não desistiu de mim. Obrigada. Para mamãe. (Eliete Dias Nogueira).

Trecho 02: “E quando você chorou, Deus me ensinou uma nova canção, seus olhos de um anjo pequeno, iam se fazendo minha religião...” As minhas irmãs, que vi nascer e crescer. Amo vocês. (Blenda e Bianka).

Trecho 03: “Sem perceber, a semente se transforma em árvore, a lagarta vira borboleta e o vento vai contando a história...” Ao meu irmão, espero que saiba que enxergo em você suas transformações, visualizo o grande pai que você se tornou, desejo que jamais deixe que o passado atrapalhe o seu presente, que possamos aprender a perdoar para viver em paz. Te amo. (Daniel).

Trecho 04: “Amigo é coisa para se guardar, debaixo de sete chaves, dentro do coração...” Aos meus amigos que estão comigo desde da infância, e aos que conheci em minha jornada. (Patrícia Almeida, Aline Dourado, Eric Figueiredo, Denise Mainardi, Anna Carolina Esser, Mariana Chistiano e Etiény Fracarolli).

Trecho 05: “Confie em si mesmo. Quem acredita sempre alcança”. Aos meus professores que se dedicaram a ensinar, em especial a professora mestra Lídia Catarina, que esteve ao meu lado em cada nova descoberta e me ajudou a encarar meus medos. Ao professor mestre Victor C. Lopes que me apoiou e incentivou na realização deste trabalho.

Devemos estar conscientes de que o que nos causa desconforto ou ansiedade não são os eventos, mas como ligamos as emoções a estas.

(Jonathan García-Allen)

RESUMO

Introdução: A doença de Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa progressiva que acomete pessoas idosas e ocasiona inicialmente perda de memória e confusão mental. **Objetivo:** identificar as evidências publicadas sobre o uso da técnica de *mindfulness* em pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer, comprometimento cognitivo e quais os efeitos desta intervenção. **Método:** Consiste em uma revisão sistemática de literatura, que buscou selecionar estudos que utilizaram a intervenção *mindfulness* em pacientes diagnosticados com a DA. **Resultados:** Dos principais achados encontrados destacam-se: a melhora na cognição, nas atividades de vida diária, autocuidado e a meditação juntamente com o tratamento farmacológico (donepezila) causa maior efeito que o uso da medicação isoladamente. **Conclusão:** Estudos que utilizem a técnica de *mindfulness* como intervenção devem ser realizadas com maior tempo de duração, para a realização de análises dos efeitos da intervenção a longo prazo. Se faz necessário também estudar se a prática da atenção plena pode ser usada como uma ferramenta de prevenção a doenças neurológicas.

Palavras-chave: Mindfulness, doença de Alzheimer.

ABSTRACT

Introduction: Alzheimer's disease is a progressive neurodegenerative disorder that affects the elderly and causes an initial loss of memory and mental confusion.

Objective: to identify the published evidence on the use of the mindfulness technique in patients diagnosed with Alzheimer's disease, cognitive impairment and the effects of this intervention. **Method:** Consist of a systematic literature review, which sought to select studies that used the mindfulness intervention in patients

diagnosed with AD. **Results:** The main findings found were: improvement in cognition, daily life activities, self-care and meditation along with pharmacological treatment (donepezil) causes greater effect than medication alone. **Conclusion:** Studies that use the mindfulness technique as an intervention should be performed with a longer duration, in order to carry out analyzes of the effects of the intervention in the long term. It is also necessary to study whether the practice of mindfulness can be used as a tool to prevent neurological diseases.

Keywords: Mindfulness, Alzheimer's disease.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01:

FIGURA 02:

FIGURA 03:

FIGURA 04:

FIGURA 05:

FIGURA 06:

FIGURA 07:

LISTA DE SIGLAS

AVD: Atividade De Vida Diária;

CCL: Comprometimento Cognitivo Leve;

CDR: Avaliação Clínica Da Demência;

DA: Doença De Alzheimer;

IBGE: Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística;

MBSR: Redução De Estresse Baseado Em Mindfulness;

MMSE: Mini Exame Do Estado Mental;

OMS: Organização Mundial De Saúde;

PNPIC: Política Nacional De Práticas Integrativas E Complementares;

QV: Qualidade de Vida;

TNF: Tratamento não Farmacológico;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 OBJETIVOS.....	14
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	14
2.2 MINDFULNESS.....	15
2.3 MINDFULNESS NO BRASIL.....	18
2.4 DOENÇA DE ALZHEIMER.....	18
3 MATERIAL E METÓDO.....	20
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	20
3.2 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA.....	21
3.3 BUSCA NA LITERATURA.....	21
3.4 SELEÇÃO DOS ARTIGOS.....	21
3.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	22
3.6 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
APÊNDICE.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

INTRODUÇÃO

Por meio de dados demográficos e epidemiológicos, observa-se um aumento crescente da população idosa no Brasil e no mundo. No século XX, revelou-se a verdadeira revolução da longevidade (PAPALÉO, 2007).

Esta tendência de envelhecimento nos últimos anos está associada ao aumento da expectativa de vida através da melhoria em condições de saúde e pela diminuição crescente da taxa de fecundidade (IBGE, 2018).

No Brasil entre os anos de 1950 e 2000 a população idosa era inferior a 10%, semelhante em países menos desenvolvidos, porém, a partir de 2010 o indicador altera e a população idosa do Brasil aumenta significativamente e se aproxima com dados estimativos à de países desenvolvidos (Saraiva, Sales e Rosas, 2016).

De acordo com o IBGE de 2005 até 2015 “a proporção de pessoas com mais de 60 anos de idade cresceu em velocidade superior à da média mundial, saindo de 9,8% para 14,3%” (MAIA,2016).

Conforme dados divulgados pela OMS em 2017, cerca de 60-70% dos casos de demência no mundo são ocasionadas pela Doença de Alzheimer e no Brasil a patologia acomete 1,2 milhões de pessoas por ano (OMS, 2017).

Devido ao aumento da proporção de idosos no Brasil se faz necessário refletir sobre os maiores desafios no sistema de saúde para as próximas décadas, já que o aumento da população e seus anos a mais de vida geram maiores gastos no setor da saúde (Carlos e Pereira, 2015). É necessário que haja intervenção no sistema de saúde atual que é centrada em tratamentos de enfermidades já existente e começar a ampliar e sustentar maiores ações de promoção, educação em saúde, prevenção e retardamento de doenças.

O envelhecimento pode ser entendido como o processo natural, no qual com um estilo de vida ativo (preservação) não costuma causar qualquer problema, porém, em condições em que o indivíduo sofre de sobrecarga, estresse emocional ou, doenças (Parkinson, demência, osteoporose, caratara, doenças cardíacas) requer uma assistência maior devido as condições patológicas. O envelhecimento aumenta a prevalência de doenças, principalmente as de caráter crônico, neste sentido deve-se ter atenção a sintomatologia, prevenção e fatores de risco das

principais doenças mais comuns na terceira idade. Cerca de 80% dos idosos com idade superior há 75 anos, são acometidas com uma ou mais doenças (Brasil, 2006)

As doenças mais comuns na população da terceira idade podem ser bem controladas e prevenidas através da melhoria no estilo de vida (Carlos e Pereira, 2015).

A avaliação da capacidade funcional implica em manter o idoso independente nas atividades de vida diária (AVD) e a autonomia mesmo diante de doenças crônico degenerativas (RAMOS, 2013) (NAVARRO, 2006).

A demência é considerada como um distúrbio das funções mentais como: memória, cognição, personalidade, linguagem e capacidade viso espacial (SCHUNK, 2002).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa progressiva que compromete a autonomia, as AVDs e a qualidade de vida (QV) do idoso. Tendo em vista que é uma doença que não possui cura, se faz necessário além do tratamento farmacológico a realização de ampliação de novas intervenções para a melhora do quadro clínico da doença, utilizando a associação da medicação com as terapias complementares (CARVALHO, 2016).

A DA é o tipo mais comum de demência que tem maiores chances de se desenvolver nas idades mais avançadas, tendo o próprio envelhecimento como um fator de risco. Esta patologia afeta inicialmente o centro das memórias de curto prazo e vai progredindo para o comprometimento de outras áreas (CARAMELLI E BARBOSA, 2002; LUZARGO, GORINI E SILVA, 2006).

A Doença compromete a memória, afeta a atenção, orientação, habilidades no autocuidado, nas atividades de vida diária (LUZARDO; GORINI, SILVA, 2006).

Tendo em vista o caráter degenerativo da DA faz-se necessária à utilização de tratamentos que sejam capazes de minimizar ou mesmo interromper o avanço das limitações impostas pela doença. Nesse sentido essa investigação tratará do uso do Mindfulness como prática integrativa complementar no tratamento de pacientes com DA.

1. OBJETIVOS

Identificar e analisar as evidências publicadas sobre o uso da técnica de Mindfulness em pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1. POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Em maio de 2006, diante da portaria nº 971 foi aprovado a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. As atividades envolvidas na PNPIC têm como base a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), as ações previstas nestes sistemas buscam captar a integralidade do ser humano como um todo estimular a prevenção, recuperação e promoção da saúde utilizando tecnologias eficazes e seguras (BRASIL, 2015).

Os principais objetivos da PNPIC são: incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares no SUS, na perspectiva de prevenção de agravos, promoção e recuperação em saúde, com maior ênfase na atenção básica com cuidado contínuo, humanizado e integral. Aumentar a resolubilidade do sistema e ampliação ao acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso. Estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade e promover a racionalização das ações de saúde. (Brasil, 2006)

As principais diretrizes da PNPIC destacam-se:

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS;
2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais do SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente;
3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;

4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
5. Fortalecimento da participação social;
6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária;
7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações;
8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão;
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;
11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

2.2. MINDFULNESS

O mindfulness é tema de investigações científicas desde os anos 80 no cenário internacional, embora seja recente sua inserção em pesquisas na comunidade acadêmica brasileira. Não se tem ao certo uma tradução específica para o português, comumente é utilizado o termo em inglês ou, segundo os Descritores em Ciências da Saúde “DECS” como: “mente aberta” “consciência plena”, “atenção plena” dentre outros (HIRAYAMA ET AL, 2014).

O mindfulness está caracterizado por um estado mental ou psicológico, ao se referir ao estado psicológico é utilizado o termo em inglês *awareness*, que embora seja de difícil tradução pode ser entendido como uma ação cotidiana de

auto-observação, onde o indivíduo passa a reconhecer seus próprios pensamentos, emoções, sensações frente a todo o contexto pessoal e interpessoal (DEMARZO e CAMPAYO, 2017).

O mindfulness pode ser utilizado de modo formal e informal. O modo informal envolve exercícios para fazer em casa onde consta realizar a prática nas às atividades cotidianas, como: beber, comer, caminhar, realizar exercícios mentais (ler e resolver quebra-cabeças) e modo formal envolve as técnicas específicas, como: varredura do corpo e respiração.

O Mindfulness é um tema multifacetário podendo englobar vários significados. A atenção plena como estado mental ou psicológico conhecido como “mente do principiante” é estar atento ao que está sendo realizado, com atitude de curiosidade e aceitação. Este estado mental pode ser acessado sempre que quiser, podendo ser treinado e cultivado diariamente. Existe diversas forma de acessar este estado mental através da técnica de mindfulness, porém é comum que exista a correlação entre esta técnica e a meditação. As técnicas de mindfulness são meditações adaptativas da meditação tradicional a principal diferença é que o mindfulness pode ser acessado a qualquer momento e qualquer atividade que esteja sendo realizada, por exemplo, em uma conversa, no serviço, durante a refeição (Dermazo, 2016)

As principais formas de acessar o estado da atenção plena são: (Bertocchini, 2014)

Meditação Body Scan: realizada muitas vezes deitada, embora possa ser feita em qualquer postura. Esta meditação envolve a tornar-se consciente das suas sensações corporais de forma consciente, passo a passo. Também se descobre o quão facilmente a sua atenção divaga para outros pensamentos e como ser gentil consigo mesmo em vez de se auto-criticar quando isso acontece.

Meditação em Movimento: Tai chi, qi gong ou outro exercício mente-corpo. Este tipo de meditação envolve focalizar nas suas sensações corporais, respiração e conscientemente assistir e talvez deixar de lado quaisquer pensamentos e emoções que surgem à medida que pratica. Meditação a andar lentamente é outra possibilidade.

Mini-Meditação: cerca de três minutos, uma meditação curta. Faça esta prática algumas vezes por dia e sempre que tiver uma situação altamente stressante ou de emoções difíceis. A ideia é criar uma consciência atenta da sua experiência, em vez de evitá-la.

Meditação de Expansão da Consciência: normalmente chamada de meditação sentada, mas ela pode ser praticada em qualquer posição. A meditação envolve a focalização, muitas vezes, por esta ordem, na sua respiração, no corpo, nos sons, pensamentos e sentimentos, e, finalmente, o desenvolvimento de uma consciência aberta, onde está sem escolha deliberada ciente de tudo o que é mais predominante na sua consciência.

Poderá dividir a meditação da expansão da consciência em meditações separadas, cada uma com potencialidades transformadoras intrínsecas:

Meditação Mindfulness na respiração: centrando a sua atenção na sensação da sua inspiração e expiração. Cada vez que a sua mente divagar, traga a sua atenção de volta sem julgamentos.

Meditação Mindfulness no Corpo: sentindo a sensação física no seu corpo a cada momento. Pode também juntar esta prática à anterior.

Meditação Mindfulness nos Sons: estar ciente dos sons como eles surgem e desaparecem. Se não existem sons ambientes, pode simplesmente ouvir o silêncio e perceber o efeito que isso tem em si.

Meditação Mindfulness nos Pensamentos: estar consciente dos pensamentos que surgem na sua mente e que se desvanecem, tendo uma sensação de distância entre si e os seus pensamentos. Permita que os pensamentos surjam e desapareçam como de forma natural, sem julgamentos e/ou apegos.

Meditação Mindfulness nos Sentimentos: notar quaisquer sentimentos que surjam. Em particular, perceber onde sente a emoção no seu corpo e trazer uma qualidade de aceitação e curiosidade para as suas emoções.

Meditação Mindfulness sem Escolha: Às vezes chamada de consciência sem escolha, porque você se torna ciente de tudo o que é

predominante na sua consciência sem escolher. Pode também estar ciente de qualquer das experiências de meditação acima descritas.

As principais meditações visuais incluem:

Meditação Montanha: Esta meditação ajuda a cultivar a estabilidade e firmeza e a se sentir mais centrado.

Meditação Lago: Esta meditação é sobre a exploração da beleza de aceitar e permitir as experiências de serem exatamente como são.

2.3. MINDFULNESS NO BRASIL

No Brasil existe o Centro “Mente Aberta” [Brazilian Center for Mindfulness and Health Promotion] que tem como objetivo promover e divulgar as Intervenções baseadas em Mindfulness, com foco na promoção da saúde e qualidade de vida (Mente aberta).

Na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), existe um Grupo de Pesquisa Certificado que o centro mente aberta coordena, que segue as Diretrizes da Rede Britânica de Professores de Mindfulness (UK Network for Mindfulness-Based Teacher Trainers) (Mente aberta).

O fundador e coordenador do centro brasileiro de mindfulness e promoção da saúde é o médico especialista em mindfulness *com treinamentos realizados na Inglaterra (Instituto Breathworks e Oxford Mindfulness Centre – Universidade de Oxford), e nos EUA (Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society – University of Massachusetts) com Jon Kabat-Zinn e Saki Santorelli. Fez pós-doutorado em Mindfulness e Promoção da Saúde pela Universidad de Zaragoza, (Espanha) (DEMARZO).*

2.4. DOENÇA DE ALZHEIMER

A DA é um transtorno neurodegenerativo progressivo que se manifesta com a deterioração da cognição, inicialmente pela memória, alterações comportamentais, sintomas neuropsiquiátricos e comprometimento progressivo das atividades de vida diária.

Os principais fatores de risco para a DA incluem a idade e história familiar da doença. Quanto à etiologia persiste indefinida, porém, existe um progresso em compreender as ações dos mecanismos bioquímicos e genéticos, por exemplo, sabe-se que o fragmento de 42 aminoácidos da proteína B-amiloide tem prevalência na patogênese das placas senis e que estão associadas a superprodução dessas proteínas (PJW, 1997 ; Selkoe 1997). Os inibidores da acetilcolinesterase são a principal linha de tratamento dessa patologia, estes tratamentos têm mostrado melhora na cognição e outros sintomas da doença em grau leve a moderada (Doody, 1999 ; Birks, 2000).

O diagnóstico da doença de Alzheimer é através de exclusão, o rastreamento inicial inclui a avaliação da depressão e exames laboratoriais com ênfase na função da tireoide e dos níveis séricos da vitamina B12. Quando o paciente apresenta déficit de memória o diagnóstico é baseado na identificação das modificações cognitivas específicas como descritos no National Institute of Neurologic and communicative disorders and stroke and the Alzheimer Disease and related disorders association (NINCDS-ADRDA)(MKhann et. al. 1984).

Os critérios para diagnóstico da DA de acordo com NINCDS-ADRDA esta representado na figura abaixo.

FIGURA 01: CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER
DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL
Presença de síndrome demencial; Déficits em 2 ou mais áreas da cognição; Piora progressiva da memória e de outra função cognitiva; Início entre os 40 e 90 anos de idade; Ausência de doenças sistêmicas que podem causar a síndrome;
ACHADOS QUE SUSTENTAM DA PROVÁVEL
Afasia, apraxia e agnosia progressiva (incluindo disfunções visioespaciais); AVDs comprometidas e alterações comportamentais; História familiar; Achados inespecíficos (ou exames normais) de líquido cefalorraquidiano, eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada (TC) de crânio;
ACHADOS CONSISTENTES COM DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL
Platô no curso da progressão da doença; Sintomas psiquiátricos e vegetativos associados (Depressão, insônia, delírio, alucinações, problemas de controle comportamental, transtorno do sono e perda de peso); Outras anormalidades neurológicas na doença avançada (Aumento do tônus muscular, mioclonia ou distúrbios da marcha);

Convulsões na doença avançada; TC normal para a idade;
AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS REDUZEM MUITO A CHANCE DE DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL
Início súbito, apoplético; Achado neurológico focal precoce no curso da doença; Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença;
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DA PROVÁVEL
Pode ser realizado com base na síndrome demencial quando as seguintes condições são preenchidas: Ausência de outros transtornos neurológicos, psiquiátricos ou sistêmicos suficientes para causar demência; Presença de achados atípicos no início, na apresentação ou no curso clínico. Pode ser feito na presença de um segundo transtorno que possa levar a demência, mas que não seja a única causa provável de demência;

O tratamento da DA deve ser multidisciplinar, envolvendo todos os sinais, sintomas e peculiaridades da doença. No ano de 2005, foi divulgado as recomendações e sugestões de tratamento da doença de Alzheimer pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, que traz informações do tratamento farmacológico (donepezil, rivastigmina, galantamina) e tratamento não farmacológico (reabilitação da cognição). (ENGELHARDT et. al. 2005).

3. MATERIAL E METÓDO

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de Revisão Sistemática de Literatura, método rigoroso que permite a identificação e análise da validade e qualidade das evidências publicadas em um tema específico, bem como sua aplicabilidade na prática clínica (De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi e Bertolozzi; 2011).

Para a elaboração de uma revisão sistemática é previsto a realização de alguns passos (Galvão, Pereira, 2014).

- (1) Elaboração da pergunta de pesquisa;
- (2) Busca na literatura;
- (3) Seleção dos artigos;
- (4) Extração dos dados;
- (5) Avaliação da qualidade metodológica;
- (6) Síntese dos dados;
- (7) Avaliação da qualidade das evidências;

(8) Redação e publicação dos resultados;

3.2. ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Para a formulação da pergunta de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO (SANTOS, et al. 2007). Na figura abaixo podemos identificar a descrição dos componentes do PICO para a realização deste trabalho.

FIGURA 02: DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES DE PICO	
P	Pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer, em qualquer estágio da doença (leve-moderada-grave), com ou sem utilização de medicamentos para o tratamento.
I	Técnica de mindfulness como intervenção terapêutica.
C	A comparação poderia ser realizada utilizando outros Tratamentos não Farmacológicos (TNF), associação de TNF com medicação ou sem comparação.
O	Mudança na qualidade de vida dos pacientes, redução do estresse, melhora dos sintomas.

A pergunta formulada para a pesquisa foi: Quais são as evidências publicadas sobre o uso do mindfulness em pacientes com doença de Alzheimer e quais seus possíveis benefícios?

3.3. BUSCA NA LITERATURA

Foram realizadas buscas na biblioteca virtual da saúde (BVS) e na Pubmed.

3.4. SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Para a realização da seleção dos artigos foram utilizados critérios de inclusão, exclusão e para melhor organização foi usado o instrumento de avaliação inicial dos critérios de inclusão adaptado do Instituto Joanna Briggs, sendo:

Critérios de inclusão:

1. Artigos disponíveis na íntegra;
2. Artigos nos idiomas: português, inglês e espanhol;
3. Sem delimitação de tempo;

4. Artigos que abordam o tema em questão, ou seja, a utilização da técnica de mindfulness em pacientes com Alzheimer;

5. Ensaios clínicos randomizados e controlados;

Critérios de exclusão:

1. Tese, dissertações, monografias e livros;

2. Estudos publicados em anais de congressos e editoriais;

3.5. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Para a obtenção de dados desta pesquisa, foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), no qual se encontram disponíveis em três idiomas: português, inglês e espanhol.

O booleano utilizado foi “AND” e outros termos (palavras-chave) também foram utilizados para expandir a pesquisa.

Os descritores selecionados para realização desta pesquisa foram:

Inglês: *Alzheimer’s disease; mindfulness, meditation.*

Espanhol: *Enfermedad de Alzheimer; atención plena o mindfulness, meditación.*

Português: atenção plena; Doença de Alzheimer, meditação.

Foi utilizado parcialmente o instrumento para extração de dados adaptado de Joanna Briggs Institute, para melhor organização dos estudos selecionados, o modelo está representado no apêndice 02.

3.6. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A Prática Baseada em Evidências (PBE) foi elaborada no ano de 1980 na Universidade de McMaster no Canadá, com o intuito de proporcionar melhorias na assistência em saúde e nos estudos (GALVÃO, SAWADA, 2003).

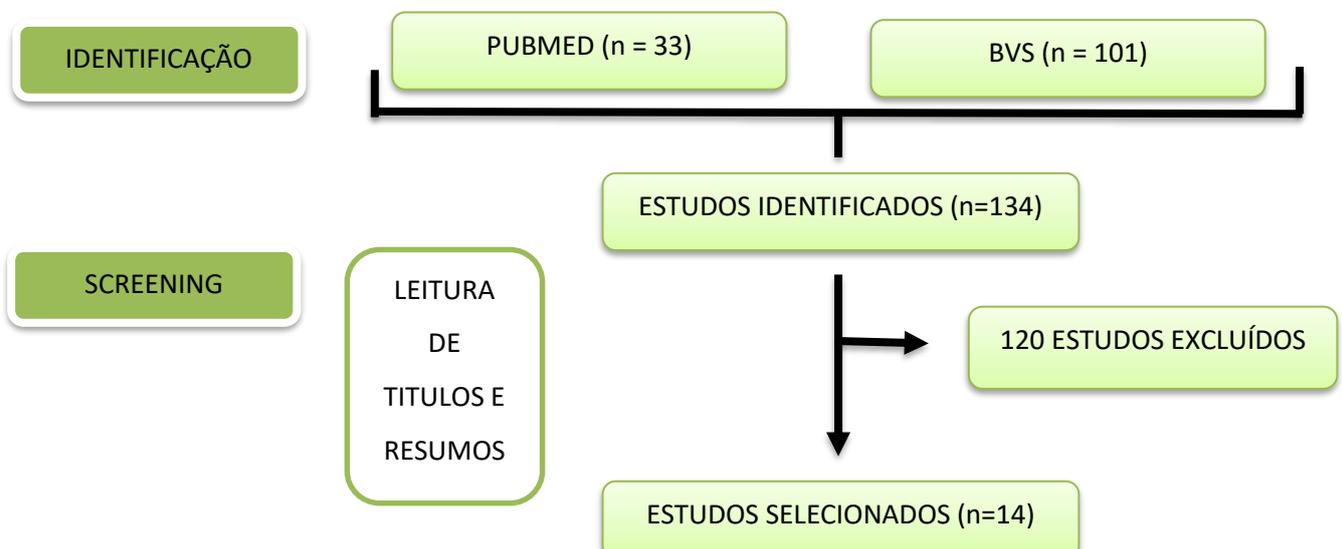
A prática baseada em evidências na área da enfermagem é realizada através dos resultados de pesquisa, conhecimento entre especialistas conhecidos, a experiência clínica confirmada e não pode ser utilizada através de experiências isoladas e não sistematizadas. (Pedrolo, et al. 2009)

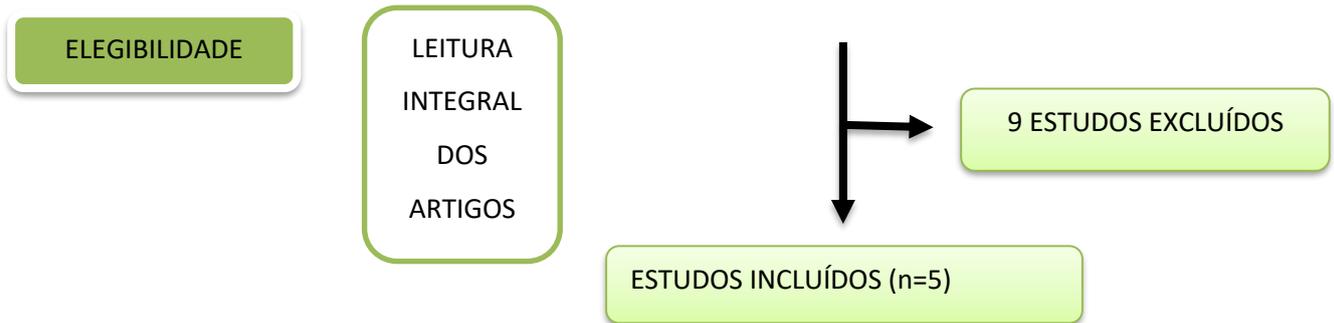
FIGURA 03: NÍVEIS DE EVIDÊNCIAS	
01	Revisão sistemática
02	Ensaio clínico Randomizado
03	Coorte
04	Caso-corte
05	Série de casos
06	Opinião de especialistas
07	Estudos experimentais

FIGURA 04: GRAU DE RECOMENDAÇÃO	
A	Resultado recomenda a intervenção
B	Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese
C	Resultado contra-indica a intervenção.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fluxograma abaixo representa o fluxo da pesquisa desde identificações dos estudos nos bancos de dados até os estudos selecionados na elegibilidade.





Na seção de Screening os principais motivos de exclusão foram: trabalhos duplicados, não se adequa ao tema, outro tipo de meditação (Kirtan KryaK), revisão de literatura, pesquisa com idosos saudáveis, musicoterapia, yoga, dentre outros.

Na seção elegibilidade os principais motivos de exclusão foram: idosos saudáveis, intervenção para o cuidador do paciente com DA e estudo transversal quantitativo.

Dos 5 estudos selecionados, um foi publicado no ano de 2013, 2014, 2015 e dois em 2016. Os idiomas destes trabalhos são em inglês e espanhol.

Nos quadros a baixos são representados os estudos selecionados, contendo as seguintes informações: título, autores, ano, profissão do autor principal, País, local de publicação, objetivos, métodos e resultados.

QUADRO 01: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 1.		
TÍTULO: Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: a pilot study.		
AUTOR (ES): 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.		
ANO: 2013	PAÍS: Estados Unidos	LOCAL DE PUBLICAÇÃO: Neurosci Lett.
PROFISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL: Neurologista.		
OBJETIVOS DO ESTUDO: Determinar se a Redução do Stress Baseada no Mindfulness (MBSR) melhorar a conectividade DMN (rede de modo padrão/ default mode network) e reduzir a atrofia do hipocampo entre adultos com comprometimento cognitivo leve (CCL)		
METODOLOGIA: 14 participantes, entre 55-90 anos, critérios de inclusão: (baseados na doença de Alzheimer) e comprometimento cognitivo leve diagnosticado por um neurologista através do histórico, físico e neuropsicológico, foram realizados testes como: Wechsler Memory scale IV, Mini-Mental Status Exame, Avaliação Clínica da Demência. Os critérios de exclusão foram: praticar ativamente meditação / yoga; qualquer história de lesões		

cerebrais ou importante trauma na cabeça. Estudo controlado randomizado de neuroimagem (piloto) de intervenção e controle respectivamente com randomização de blocos (aleatoriamente variável).

RESULTADOS: Imagem por ressonância magnética funcional em estado de repouso, alterações da conectividade funcional do estado de repouso entre o grupo MBSR e o grupo controle (intervenção pós e pre) controle (pós e pré). Os resultados mostram que após o tratamento o grupo MBSR aumentou significativamente a conectividade funcional entre PCC (posterior cingulate córtex/ córtex cingulado posterior), o mPFC (medial pré-frontal córtex/ córtex pré-frontal medial) e entre o PCC e o hipocampo esquerdo em comparação com o grupo de controle. Análises da substância cinzenta e branca cortical e subcortical em volumes não apresentaram diferenças significativas nas alterações pré e pós tratamento entre os dois grupos (já era esperado em adultos com comprometimento cognitivo leve, entretanto o grupo com MBSR teve menos tendência de atrofia em relação ao grupo de controle. Na medição da cognição não houve mudanças significativas detectadas.

Conclusão: MBSR pode afetar as regiões do cérebro mais sensíveis a comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer.

QUADRO 02: APRESENTAÇÃO DO ARTIGO NÚMERO 2.

TÍTULO: Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego.

AUTOR (ES): Domingo Jesús Quintana Hernández María Teresa Miró Barrachina, Ignacio Ibáñez, Fernández, Angelo Santana del Pinoc, Javier García Rodríguez d y Jaime Rojas Hernández

ANO: 2014 **PAÍS:** Espanha **LOCAL DE PUBLICAÇÃO:** Revista Española de Geriátria y Gerontología

PROFISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL: Psicólogo

OBJETIVOS DO ESTUDO: Avaliar os efeitos de um programa de intervenção neuropsicológica baseado na atenção plena na evolução clínica da doença de Alzheimer.

METODOLOGIA: Estudo controlado randomizado, duplo-cego de dois anos de duração. Critérios de inclusão: Pessoas com mais de 65 anos com "provável AD", em fase leve ou moderada, morar em casa e estar em tratamento farmacológico com donepezila. Critérios de exclusão: qualquer doença neurológica que não fosse "provável DA" em um estágio leve ou moderado, por exemplo, demências de origem vascular, associada aos corpos de Parkinson, Lewy, etc. Todos os casos tratados com rivastigma, galantamina e / ou memantina foram excluídos. Sintomas psicológicos e comportamentais graves, abuso de substâncias tóxico e uma doença sistêmica instável ou assim evoluída que possivelmente reduziu a expectativa de vida para menos de dois anos também foram excluídos.

RESULTADOS: Equivalência entre o grupo de estimulação cognitiva e atenção plena na variável da capacidade cognitiva; Na capacidade funcional a partir dos 12

meses o grupo do mindfulness se sobressaiu em comparação com o controle; Na análise psicopatológica o grupo mindfulness mostrou que a prática de um tratamento destinado a reduzir os sintomas da psicopatologia impede o surgimento de psicopatologia comórbida no curso clínico do Doença de Alzheimer.

QUADRO 03: APRESENTAÇÃO DO ARTIGO NÚMERO 3.

TÍTULO: Estimulación basada en mindfulness en la enfermedad de Alzheimer avanzada: ensayo clínico piloto comparativo de equivalência.

AUTOR (ES): Domingo Jesús Quintana Hernández, María Teresa Miró Barrachina, Ignacio Ibáñez Fernández, Angelo Santana del Pino, Jaime Rojas Hernández, Javier Rodríguez García, María del Pino Quintana Montesdeoca.

ANO: 2015 **PAÍS:** Espanha **LOCAL DE PUBLICAÇÃO:** Revista Española de Geriatria y Gerontología

PROFISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL: Psicólogo

OBJETIVOS DO ESTUDO: Analisar a equivalência da prática do mindfulness, relaxamento e estimulação cognitiva na evolução clínica da DA. Avaliar se a combinação baseada em mindfulness e donepezila em fase avançada da doença mostra o mesmo benefício global encontrados na fase leve-moderada da doença.

METODOLOGIA: Ensaio clínico longitudinal randomizado. 168 participantes, 21 pacientes em estágio avançado com escore inicial do mini exame do estado mental (MEEM) entre 15 e 17 pontos que corresponde ao estágio de deterioração global 5. Excluídos: pacientes com psicopatologia grave comórbida no início do estudo. Os grupos experimentais realizaram 288 sessões semanais 90 min por 2 anos. Intervenção do grupo de estimulação Cognitiva seguiu as diretrizes do programa Integral de Psicoestimulação. O grupo de relaxamento seguiu um programa padrão de relaxamento muscular progressivo e o grupo mindfulness desenvolveu o programa de intervenção neuropsicológica baseado na atenção plena. Foram avaliados os efeitos em 3 aspectos: capacidade cognitiva, capacidade funcional e psicopatológica.

RESULTADOS: **Cognitiva:** Os resultados intragrupos mostraram que o grupo mindfulness e estimulação cognitiva mantiveram a pontuação estável durante os 2 anos de seguimento. No entanto, o grupo de relaxamento perde capacidade depois dos 18 meses. A análise das diferenças intergrupos mostrou que produziu diferenças significativas entre os diferentes grupos experimental e controle. No entanto, a tendência linear observada na pontuação média mostra como o grupo mindfulness apresenta um aumento da pontuação no MMSE e o teste Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) até 18 meses, enquanto o restante dos grupos apresenta uma deterioração progressiva de 12 meses. **Funcional:** os estudos mostram que não existe diferenças significativas intergrupo e intragrupo. **Psicopatológica:** na análise intragrupo mostrou que não há diferenças significativas, entretanto na relação intergrupo mostra que houve diferenças significativas favoráveis ao grupo de mindfulness comparado ao grupo de controle

aos 24 meses.

Ao longo do estudo os dados mostram uma tendência positiva aos grupos de mindfulness e estimulação cognitiva, mas o grupo mindfulness mostra diferenças significativas no controle final do estudo na evolução psicopatológica. Em resumo, os resultados deste estudo apoiam a eficácia comparada do mindfulness em pacientes com a doença de Alzheimer em estágio avançado.

QUADRO 04: APRESENTAÇÃO DO ARTIGO NÚMERO 4.

TÍTULO: The Effects of Mindfulness on Persons with Mild Cognitive Impairment.

AUTOR (ES): Wee Ping Wong, Craig Hassed, Richard Chambers and Jan Coles.

ANO: 2016 **PAÍS:** Austrália **LOCAL DE PUBLICAÇÃO:** Frontiers in Aging Neuroscience

PROFISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL: Phd em medicina

OBJETIVOS DO ESTUDO: Investigar quantitativamente se a prática da atenção plena pode melhorar a função cognitiva, saúde psicológica, mindfulness e habilidades funcionais em atividades da vida diária dos participantes MCI ao longo do tempo; a relação entre a quantidade de prática de mindfulness e o grau de melhora nesses resultados de saúde; e os efeitos e interações diferenciais das práticas de atenção formal e informal.

METODOLOGIA: Estudo controlado randomizado, acompanhamento de 1 ano. 166 pessoas para amostra, sendo 83 para o grupo de controlados e 83 para o grupo de intervenção. Critérios de inclusão: Diagnóstico clínico de MCI; Deve ser capaz de dar consentimento informado para participar, assinando o Formulário de Consentimento; e Pelo menos 60 anos de idade. Critérios de exclusão: Experiência atual ativa ou passada significativa com meditação ou yoga; Uso atual de intervenção cognitiva prescrita ou estimulação eletromagnética; Lesão cerebral adquirida / traumática; Iniciou nova medicação neurológica / psicoativa dentro de 3 meses antes da primeira sessão de coleta de dados; Consumo atual de drogas que alteram significativamente a cognição; Abuso ou dependência de drogas ilícitas ou álcool (mais de 2 unidades padrão de álcool de cada vez e / ou mais de 7 unidades padrão de álcool em 1 semana) nos últimos 5 anos; Consumo atual de inibidores da colinesterase; Condição psiquiátrica grave atual (por exemplo, transtorno bipolar ou depressão clínica); (cerebrovascular; ou por exemplo, estio avançado de cancro, quimioterapia) que requer tratamento muito intensivo e monitorizado; ou declínio cognitivo avançado; deficiências na visão, audição ou movimentos motores dos membros superiores e dificuldade na língua inglesa.

RESULTADOS: Efeitos positivos na cognição; Efeitos positivos nas atividades de vida diária; Melhora no autocuidado;

QUADRO 05: APRESENTAÇÃO DO ARTIGO NÚMERO 5.		
TÍTULO: Mindfulness in the Maintenance of Cognitive Capacities in Alzheimer's Disease: A Randomized Clinical Trial.		
AUTOR (ES): Quintana-Hernández, Domingo J; Miró-Barrachina, María T; Ibáñez-Fernández, Ignacio J; Pino, Angelo Santana-Del; Quintana-Montesdeoca, María P; Rodríguez-de Vera, Bienvenida; Morales-Casanova, David; Pérez-Vieitez, María Del Carmen; Rodríguez-García, Javier; Bravo-Caraduje, Noelia.		
ANO: 2016	PAÍS: Espanha	LOCAL DE PUBLICAÇÃO: J Alzheimers Dis
PROFISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL: Psicólogo		
OBJETIVOS DO ESTUDO: Determinar se a prática da atenção plena modifica o curso do comprometimento cognitivo na DA.		
<p>METODOLOGIA: Um estudo randomizado, controlado, duplo-cego, não-inferioridade e equivalência, quatro ensaio clínico de desenho paralelo em grupos (4 x 5). Os critérios de inclusão: pacientes com mais de 65 anos de idade e foram diagnosticados com provável DA, presença de atrofia cerebral regional na perda de volume do hipocampo, córtex entorrinal ou amígdala evidenciada em estudos de ressonância magnética (MRI), presença de um episódio precoce e significativo deficiência de memória que inclui os seguintes características: A) Mudança gradual e progressiva na memória, função relatada pelo paciente ou informante mais de seis meses. B) O comprometimento da memória episódica pode ser isolado ou associado a outras funções cognitivas. Pacientes com doenças neurológicas sintomas diferentes da provável DA, como a demência de origem vascular ou doença de Parkinson, foram excluídos. Pacientes com qualquer um dos seguintes características também foram excluídos: 1) início súbito; 2) ocorrência precoce dos seguintes sintomas: distúrbios de marcha, convulsões e alterações comportamentais; 3) clínico características neurológicas focais, incluindo hemiparesia, perda sensorial e déficits no campo visual; 4) sinais extrapiramidais precoces; 5) outras condições médicas suficientemente grave para explicar a memória e sintomas; 6) depressão maior, traços de psicose severa, agitação, distúrbios de comportamento, história clínica, e esquizofrenia, abuso de substâncias; 7) cerebrovascular doença; 8) anormalidades tóxicas e metabólicas, todas dos quais pode exigir investigação específica; 9) MRI Anormalidades do sinal FLAIR ou T2 na região lóbulo medial que são consistentes com doenças infecciosas ou vasculares. 10) síndromes geriátricas severas que reduzi a expectativa de vida para dois anos.</p>		
RESULTADOS:		
<p>1) A estimulação baseada em mindfulness para DA tem um efeito benéfico na manutenção capacidades cognitivas em DA.</p> <p>2) A estimulação baseada em mindfulness para DA é tão eficaz quanto o programa não farmacológico na manutenção capacidades cognitivas em DA.</p> <p>3) A estimulação baseada em mindfulness para DA combinado com donepezil teve um maior efeito terapêutico na cognição do que outras combinações de donepezil com o programa não farmacológico ou simplesmente inibidores da acetilcolinesterase.</p>		

- 4) O programa não farmacológico combinado com donepezil teve um maior efeito na cognição do que a droga sozinha.
- 5) Estudos adicionais sobre a eficácia do TNF devem ser realizado por pelo menos dois anos para descobrir tais TNF podem alterar a evolução natural da doença.

Durante a leitura dos estudos pode-se perceber grande variável entre o tamanho da amostra nos estudos. Para melhor observação dos estudos a figura a baixo representa os dados básicos entre as amostras para uma melhor compreensão dos resultados e limitações dos estudos.

Quadro: dados para comparação dos resultados					
	Estudo 01	Estudo 02	Estudo 03	Estudo 04	Estudo 05
Tamanho da amostra	14	127	168	166	120
Idade	55-90	>65	Média de 84,11	>60	65-85
Duração da intervenção	8 semanas	2 anos	2 anos	1 ano	2 anos
Grau de comprometimento cognitivo	Leve	Leve–moderado	Leve, moderado e avançado (21 participantes)	Leve	Leve moderada –

Intervenção	Mindfulness através da meditação sentada e andando, varredura do corpo e movimento consciente.	Mindfulness, estimulação cognitiva e relaxamento muscular.	Mindfulness, estimulação cognitiva e relaxamento muscular	Mindfulness de formal e informal	Mindfulness, terapia de estimulação cognitiva, relaxamento muscular
-------------	--	--	---	----------------------------------	---

Devido o diagnóstico da DA ser feita através dos critérios NINCDS-ADRDA, alguns autores utilizaram os termos “provável doença de Alzheimer” isto porque o diagnóstico desta patologia é feito através da eliminação. Outros autores focaram na classificação do declínio cognitivo, acompanhado de ressonâncias magnéticas que comprovassem este declínio através da atrofia da massa cerebral, porém, pontuando os critérios de provável doença de Alzheimer de acordo com os critérios de NINCDS-ADRDA.

Durante os estudos os autores tiveram objetivos diferentes, porém, utilizaram algumas ferramentas similares para analisar os resultados. Dentre elas foi utilizado o mini exame do estado mental, ressonância magnética, CAMCOG, análise da qualidade de vida e autocuidado.

No decorrer da leitura pode-se observar que alguns estudos continham ou mesmos resultados, conforme é representado na figura a baixo.

RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS	ESTUDOS
A meditação pode reduzir a atrofia do volume do hipocampo no comprometimento cognitivo leve;	Estudo 01.
A meditação pode ter um impacto positivo nas regiões cerebrais mais relacionadas à demência.	Estudo 01.
A prática da atenção plena associado ao tratamento farmacológico (donepezila) tem um efeito maior do que a medicação usada isoladamente.	Estudo 02, 05.
Efeitos positivos na cognição;	Estudo 03, 04, 05.
Efeitos positivos nas atividades de vida diária;	Estudo 04,
Melhora no autocuidado;	Estudo 04,

Os resultados encontrados no estudo 01 veem de acordo com a pontuação de outros autores, por exemplo, a professora da Universidade de Harvard Sara Lazer, pontua que a meditação além de trazer sensações de relaxamento, também proporciona benefícios cognitivos e psicológicos (LAZER, 2018).

Os resultados encontrados no estudo 2 e 5, demonstra que a aplicação do mindfulness juntamente com o uso medicamentoso causa benefícios significantes e que chega a ser mais eficaz que o uso da medicação isoladamente. Já os resultados encontrados nos estudos 3, 4 e 5 tem uma correlação de como a pessoa se sente com a prática da técnica de mindfulness diariamente. Alguns autores, por exemplo, citam que o principal benefício da técnica é a regulação das emoções e sentimentos e que alguns estudos demonstram que a prática de 8 semanas já traz benefícios de redução da ansiedade e estresse (Rodrigues, Nardi e Levitan, 2017).

A técnica de mindfulness fornece efeitos benéficos no quadro clínico de pacientes diagnosticados com a DA, e alguns autores, por exemplo, (estudo número

04) recomendam que a prática da atenção plena a longo prazo é uma opção de intervenção não farmacológica viável e eficaz para idosos com comprometimento cognitivo leve.

Um achado importante no estudo nº 05 foi que ao utilizar o tratamento farmacológico e o não farmacológico (mindfulness) teve como achado que a capacidade cognitiva manteve no decorrer dos 2 anos de pesquisa e ao comparar o mindfulness com o grupo de estimulação cognitiva o escore caiu após 18 meses de tratamento e o relaxamento não causaram resultados significantes. É necessário analisar que no estudo 1, os pesquisadores relatam que a substância cinzenta e branca cortical e subcortical em análise do volumes, não houve diferença significativa, mas isso já era esperado, pois, a técnica não é capaz de melhorar as capacidades cognitivas que já foram comprometidas, mas é capaz de provocar diminuição na atrofia cerebral, isto porque a prática diária desta intervenção estimula a área da cognição, que é a área principal afetada pela DA.

Nota-se que precisa ser realizado novos estudos que contenham uma amostra maior, tempo de intervenção maior e que utilize da tecnologia a seu favor, por exemplo, o uso da ressonância magnética como ferramenta para análise cerebral, já que a doença é neurodegenerativa progressiva e afeta as funções cerebrais, compromete a autonomia, as AVD e QV do idoso. O estudo nº 04 relata, que após a prática continua durante a pesquisa a qualidade de vida do idoso, o autocuidado e a realização das atividades de vida diária foram melhoradas.

Em um estudo para verificar a influência da prática do yoga sobre o funcionamento cognitivo no envelhecimento normal, evidenciou que as funções de memória episódica de evocação imediata verbal e funcionamento intelectual (QI), do grupo que praticou yoga apresentou média consideravelmente maior que o outro grupo (CINALLI, et al. 2008).

A prática de meditação provoca efeitos positivos como: redução do estresse, melhoria no sistema cardiovascular, melhoria no quadro de insônia e distúrbios mentais, alívio da dor, reforço no sistema imunológico e melhora na concentração (Cordeiro, 2013).

A prática da intervenção de mindfulness por tempo de aproximadamente 59 semanas causa efeitos positivos no funcionamento cognitivo e no funcionamento das AVD (atividade de vida diária). (Estudo número 04). Embora pesquisas da intervenção em pacientes com a patologia de Alzheimer sejam recentes, em outros estudos similares foram observados um aumento da conectividade funcional neural em habilidades cognitivas em meditadores experientes que realizam a prática a longo prazo (HASENKAMP, 2012). Outro ponto importante do estudo nº 04, foi destacar que com o tratamento da intervenção foi comprovado a melhora no autocuidado, fato muito importante tendo em vista que este achado favorece a redução da carga e estresse do cuidador/familiar que acompanha diariamente este paciente. Em um estudo realizado com participantes da Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), revelou que o cuidador principal experimenta um rompimento na sua rotina diária (em seu modo de vida) (BORGHI. Et al. 2013), na qual é caracterizado principalmente pela diminuição de tempo livre para o lazer, vida social, familiar e em alguns casos gera dificuldades econômicas (VALIM, 2010). O cuidador também sofre com o impacto da doença do seu familiar, o que pode ocasionar sentimentos de depressão, angústia, raiva, tristeza, medo, estresse, culpa e frustração (SEIMA, 2011) (FREITAS, 2008). Todo este impacto causado na vida do cuidador pode ser aumentado conforme a progressão e deterioração da doença ocorre e com isso o paciente necessita ainda mais da atenção do cuidador. (BORGHI. Et al. 2013)

Estudos com a técnica de mindfulness em cuidadores/familiares de pacientes com Alzheimer também estão sendo estudadas, por exemplo, o estudo publicado na Revista Española de Geriatria y Gerontología que analisa a redução do mal estar psicológico e a sobrecarga do cuidador do paciente com Alzheimer através da aplicação do programa de mindfulness.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou revelar quais estudos estão sendo publicados sobre a técnica de mindfulness como intervenção em pacientes com Alzheimer. Esta revisão integrou um total de cinco estudos, que avaliaram 595 indivíduos com diagnóstico de DA com comprometimentos em estágios leve-moderado-avançado. Os resultados obtidos na pesquisa são: melhora na qualidade de vida, nas atividades de vida diária, tendência de menor atrofia cerebral, melhora no autocuidado e efeito benéfico na manutenção da cognição.

As principais limitações do estudo foram que dependendo o grau de comprometimento avançado, a técnica não causa o mesmo efeito quanto comparado ao comprometimento leve-moderado. Desta maneira percebe-se que a técnica não melhora as funções cognitivas já comprometidas. Alguns autores citaram que a limitação do estudo também ocorre devido ao número escasso de sujeitos participantes com comprometimento cognitivo avançado e que em alguns casos é difícil a realização da análise dos resultados nestes pacientes. Foram encontradas limitações em encontrar profissionais que não fosse os pesquisadores para realizar a intervenção de atenção plena. Os estudos não foram capazes de detectar diferenças em medidas de cognição, mas foi capaz de analisar dados que sugerem tendência para a melhora nas medidas de cognição e bem-estar.

APÊNDICE

APÊNDICE 01: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO ADAPTADO PELO INSTITUTO JOANNA BRIGGS.		
TÍTULO:		
AUTOR (ES):		
REVISOR:		
DATA:		
CRITÉRIOS	SIM	NÃO
O estudo se encontra no âmbito da revisão selecionada?		
A teoria ou o modelo teórico foi descrito no estudo?		
DESIÇÃO FINAL: () INCLUIDO		
() INDETERMINADO		
() EXCLUIDO		

Apêndice 02: INSTRUMENTO USADO PARA ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS		
TÍTULO:		
AUTOR (ES):		
ANO:	PAÍS:	LOCAL DE PUBLICAÇÃO:
OBJETIVOS DO ESTUDO:		
METODOLOGIA:		
RESULTADOS:		

REFERÊNCIAS

- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Rev. Brasil Psiquiatr*, São Paulo, v. 24, supl. 1, abril., 2002.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 858).
- COREN-BA. Portaria nº 849/2017 inclui novas Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ao SUS. 2017. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/portaria-n-8492017-inclui-novas-praticas-integrativas-e-complementares-pics-ao-sus_29568.html. Acesso em: 09.03.2018.
- CRITIS, Maria. Aspectos neuropsicológicos do córtex pré frontal. 2010. Disponível em: <http://www.jobairubiratan.com.br/cortex.html>. Acesso em 22/03/2018
- DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO. M.C. TAKAHASHI. R. F. BERTOLOZZI. M. R. Revisão sistemática: noções gerais. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>
- Demarzo M, Garcia-Campayo J. Manual prático de mindfulness: curiosidade e aceitação. São Paulo: Palas Athena; 2015.
- Galvão. C. M. Sawada. N. O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>.
- GALVÃO. T.F. PEREIRA. M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf.
- HIRAYAMA, M. S. MILANI. D. RODRIGUES. R. C. M. BARROS. N. F. ALEXANDRE. N.M.C. A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. 2014. DISPONIVEL EM: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903899.
- LAZER, Sara. Welcome to the Lazer labv. Disponível em: https://scholar.harvard.edu/sara_lazar/home. 2018.
- LUZARDO, A. R.;GORINI, M. I. P.C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & contexto, florianopolis*, v.15, n. 4, p. 587-94, out./dez., 2006.
- MAIA. G. População idosa cresce no Brasil acima da média mundial e impacta Previdência. 2016. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/12/02/brasil-teve-aumento-da-populacao-idosa-acima-da-media-mundial.htm>.
- Mente aberta. Centro mente aberta. Disponível em: <https://www.mindfulnessbrasil.com/centro-mente-aberta/sobre-o-centro/>.
- MENTEABERTA. MBSR: o programa que uniu budismo e ciência e levou mindfulness pelo mundo. 2018. DISPONIVEL EM:

<http://drmarcelodemarzo.com/programa-que-uniu-budismo-e-ciencia-e-levou-mindfulness-pelo-mundo/>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: ministério da saúde, 2006. Edição 19. P. 8-10.

NAVARRO, F. M.; MARCON, S.S. Convivência familiar e independência para atividades de vida entre idosos e um centro dia. *Cogitare enferm*, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 211-217, set./dez., 2006. Tab.

PAPALEO, M. N. Processo De Envelhecimento E Longevidade. In: Papaleo Netto, M. *Tratado De Gerontologia*. 2ª Ed., São Paulo: Ateneu, 2007. Cap 1. P.3 E 9.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. *Cad. Saúde pub*, v. 19, n 3, p. 793-797, 2013.

RODRIGUES, Michele F.; NARDI, Antonio E. and LEVITAN, Michelle. Mindfulness nos transtornos do humor e ansiedade: uma revisão da literatura. *Trends Psychiatry Psychother*. [online]. 2017, vol.39, n.3, pp.207-215. Epub July 31, 2017. ISSN 2237-6089. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>.

SANTOS. Et al. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000300023&script=sci_arttext&tlng=pt.

SANTOS. K. Alzheimer responde por cerca de 70% dos casos de demência no mundo, conforme OMS. 2017. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2017/11/23/noticiassaude,217176/alzheimer-responde-por-cerca-de-70-dos-casos-de-demencia-no-mundo-co.shtml>.

SARAIVA, SALES E ROSAS. Envelhecimento da população do Brasil deve se acelerar, aponta IBGE.2016. Disponível em: <http://www.valor.com.br/brasil/4794347/envelhecimento-da-populacao-do-brasil-deve-se-acelerar-aponta-ibge>.

SCHUNK, C. Deficiência cognitiva. In: GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 9, p. 144-149.

Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Plantas Medicinais e Terapias não-convencionais (Medicina Tradicional Chinesa). Disponível em: <http://www.ufjf.br/proplamed/atividades/racionalidades-medicinas/medicina-tradicional-chinesa/>. Acesso em: 09.03.2018.