



Psicoeducação na promoção de qualidade de vida para cuidadores familiares de pessoa idosa com demência

Psychoeducation in promoting quality of life for family caregivers of elderly people with dementia

Evelyn Togni Alves^{1}, Camila Mugnai Vieira², Ieda Francischetti³*

¹Enfermeira, Mestre pela Faculdade de Medicina de Marília, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Marília (SP) Brasil;

²Psicóloga, Docente na pós-graduação da Faculdade de Medicina de Marília, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Marília (SP) Brasil; ³Médica, Docente Permanente na pós-graduação da Faculdade de Medicina de Marília, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Marília (SP) Brasil.

*Autor correspondente: Evelyn Togni Alves – Email: evelyntogni@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar influências da psicoeducação sobre a qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoa idosa com demência. **Método:** Estudo quase-experimental do tipo “antes-depois” com intervenção psicoeducativa e abordagem quantitativa. Participaram 56 cuidadores, divididos em grupo controle e experimental (GE). A intervenção, aprovada pelo Comitê de Ética (nº 898.475), consistiu em 12 encontros semanais de 70 minutos durante três meses. Aplicou-se um questionário sociodemográfico-cultural e os instrumentos Whoqol-bref, Zarit Burden Interview e Avaliação do Conhecimento do Cuidador de Pessoa Idosa com Demência. Avaliaram-se qualidade de vida, sobrecarga física e emocional, e conhecimentos sobre o manejo do idoso. Análises inter e intragrupos compararam os resultados pré e pós-intervenção. **Resultados:** Houve aumento significativo na qualidade de vida e conhecimento dos cuidadores do GE, além de redução na sobrecarga. **Conclusão:** A psicoeducação foi eficaz, influenciando positivamente a qualidade de vida dos cuidadores e promovendo autocuidado e melhor manejo do idoso com demência.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Educação em Saúde. Cuidador. Demência. Idoso.

ABSTRACT

Objective: To analyze the influences of psychoeducation on quality of life of family caregivers of elderly with dementia. **Method:** A quasi-experimental “before-after” study with psychoeducational intervention and quantitative approach was conducted with 56 family caregivers of elderly people with dementia, divided into control (CG) and experimental (EG) groups. The study was approved by the Research Ethics Committee (no. 898.475). The intervention included 12 weekly meetings of 70 minutes over three months. A sociodemographic-cultural questionnaire was administered before the study. To assess outcomes, the Whoqol-bref, Zarit Burden Interview, and Evaluation of the Knowledge of the Caregiver of Elderly People with Dementia were applied before and after the intervention, evaluating: quality of life, physical and emotional burden, and caregiver knowledge. **Results:** Significant improvements in quality of life and knowledge and reductions in burden were observed in the EG. **Conclusion:** Psychoeducation supports caregivers, enhancing self-care and improving care for the elderly.

Keywords: Quality of life. Health Education. Caregivers. Dementia. Aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que vive, maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. As consequências gerais do envelhecimento envolvem mudanças na composição corporal, modificações no equilíbrio entre a disponibilidade e a demanda energética, alterações nas redes de sinalização que mantêm a homeostase e neurodegeneração.¹

O aumento da longevidade gera transformações caracterizadas por uma epidemia de doenças crônicas e degenerativas na população idosa com grande presença dos diversos tipos de demências.² Há 20 anos, o avanço da demência na população idosa, tem desafiado a saúde pública na Europa. As necessidades progressivas de saúde do idoso portador de demência além de impactar emocionalmente seus familiares, cuidadores informais, que devem lidar com a deterioração da saúde integral do ente querido, têm lhes levado ao adoecimento, fragilizam seu autocuidado e sua saúde pela sobrecarga psíquica, física, financeira e social que lhes acarretam.³

Estudo de revisão, entre 2008-2018, encontrou que cerca de 11% da população idosa da América Latina tinha algum tipo de demência.⁴ Já no Brasil, observou-se variação nas taxas de prevalência de demências de 4,9% a 50%, sendo que na maioria dos artigos tal taxa em áreas urbanas foi superior a 10%.⁵

O despreparo dos cuidadores informais é uma dura realidade e de difícil resolução em curto prazo. Assim, quando alguém é acometido pela demência, a família é, em 80% dos casos, o principal cuidador responsável por seus cuidados em tempo integral.⁶ Estudos evidenciam mudanças expressivas quanto à saúde do cuidador do idoso, como: fragilidade, solidão, sintomas depressivos, cansaço e estresse.^{7,8} Em pesquisas realizadas, cuidadores apontaram queda em sua qualidade de vida à medida que o paciente necessitava de mais cuidados e que os próprios cuidadores careciam de apoio social. Neste sentido, o cuidador familiar precisa ser alvo de orientações de como proceder nas diversas

situações, recebendo informações pertinentes de uma equipe multiprofissional, além de outras formas de supervisão e capacitação.^{7,8}

Nesta perspectiva, decorre uma notável necessidade de realizar intervenções que ofereçam subsídios para que o cuidador possa aprimorar o manejo dos cuidados ao idoso e a si próprio.⁹ E a psicoeducação, por exemplo, é uma dessas práticas. Trata-se de uma intervenção educativa complementar ao tratamento farmacológico ou psicoterápico. Assim, é reconhecida como estratégia de suporte para qualificar o cuidado e melhorar a qualidade de vida do cuidador familiar.¹⁰

Tal abordagem se desenvolve de forma estruturada, diretiva, focada no presente, na busca de resolução de problemas. Embasada em métodos experimentais e científicos, parte do gerenciamento cognitivo das emoções e dos comportamentos. Por meio dela a pessoa aprende sobre o funcionamento da doença do idoso que está sob cuidado, conseguindo assim, identificar comportamentos e pensamentos distorcidos/disfuncionais e que acabam gerando aflição e sofrimento.^{11,12}

A psicoeducação também permite o aprendizado de múltiplas funções inerentes à vida coletiva como a tomada de decisão, responsabilização, aceitação dos papéis, negociações por ocasião de divergências, estabelecimento de canais de comunicação entre outras.¹³

Na busca de estratégias para melhor preparar cuidadores familiares para o desafio do cuidado ao idoso demenciado tendo em vista a promoção da saúde do cuidador, prevenção de seu esgotamento e assegurar um cuidado de qualidade, este estudo teve como objetivo analisar as influências da psicoeducação sobre a qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas com demência.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, quase-experimental do tipo “antes-depois”¹⁴ que compreendeu a aplicação de intervenção de educação em saúde caracterizada por 12 atividades de psicoeducação a cuidadores familiares de pessoas idosas com demência. O

estudo contou com 56 participantes que foram divididos em dois grupos: grupo controle – GC ($n=14$); cujos participantes não receberam a intervenção durante o período do estudo, e grupo experimental – GE; cujos participantes receberam a intervenção. Os participantes do GE ($n=42$), foram subdivididos em três subgrupos de 14 participantes cada. Isto se deu para responder ao

método ativo da intervenção que solicita pequenos grupos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer Consubstanciado 898.475, segundo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).¹⁵ Figura 1.

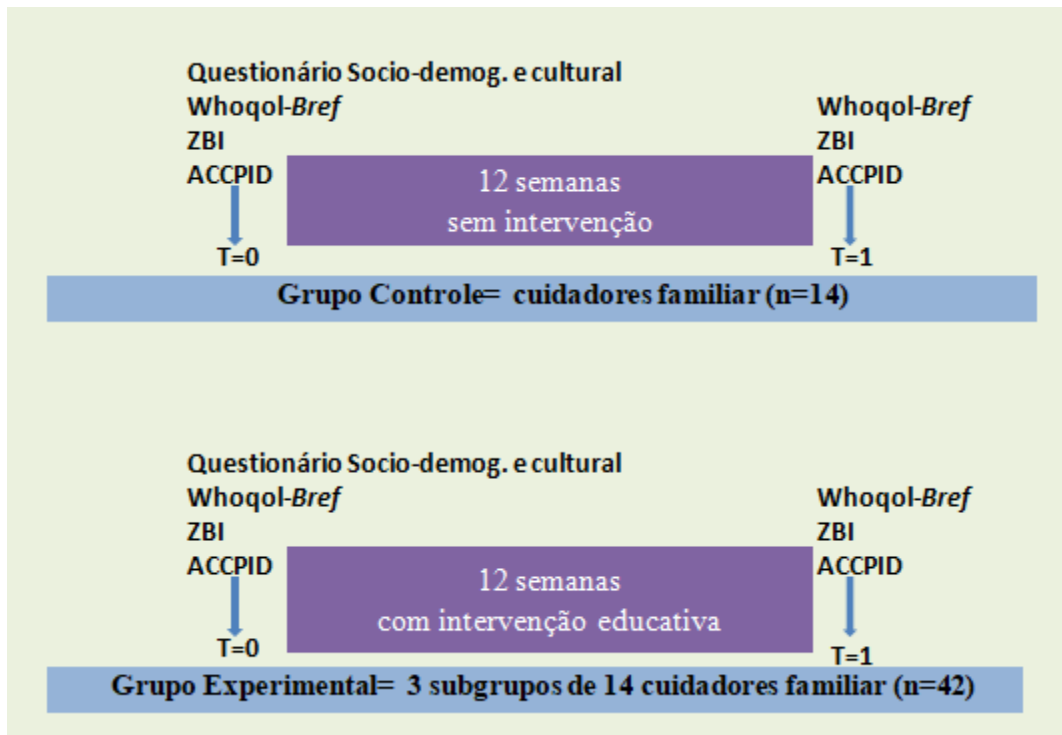


Figura 1. Desenho explicativo sobre o método

Fonte: os autores.

Para atender à demanda ética, o GC, após a finalização do projeto, também recebeu a mesma intervenção educativa de psicoeducação que o GE.

A psicoeducação é uma abordagem educacional construtivista, regida pela aprendizagem significativa onde o processo de aprender é desencadeado por um problema do cotidiano e os indivíduos utilizam seus saberes prévios para identificar a natureza dos problemas e para formular perguntas que permitam buscar novos sentidos e significados para entender os fenômenos encontrados.¹⁶

A intervenção psicoeducativa ocorreu por meio de 12 encontros semanais com duração média de 70 minutos cada, ao longo de três meses. Uma semana antes do início da intervenção, cada participante respondeu a questionário sociodemográfico-cultural,

desenvolvido pelos autores, para a caracterização do mesmo.

O projeto foi realizado em instituição pública de saúde que atende às demandas de 1.200.000 habitantes oriundos de 62 municípios.

Os participantes da pesquisa foram cuidadores familiares de pacientes idosos com demência em atendimento nos ambulatórios de saúde mental da referida instituição há pelo menos um ano.

Os cuidadores que foram incluídos na pesquisa cuidavam de seus familiares (pacientes que tinham acima de 60 anos e diagnóstico de demência). Foram excluídos do estudo, aqueles cuidadores de pacientes que além de demência possuíam qualquer outra neuropsicopatologia associada. Inicialmente, foram selecionados 240 cuidadores. Destes, 125 foram contatados por telefone, dos quais, 63 cuidadores concordaram,

tenham disponibilidade e cumpriram com os critérios de inclusão para participar do estudo.

O cuidador deveria ter idade igual ou superior a 18 anos, ser o principal cuidador familiar de um idoso demenciado; caso este tivesse mais de um cuidador, seria, portanto, aquele cuidador que dedicasse mais horas/dia ao cuidado. Deveria estar cuidando do idoso há mais de seis meses, não receber remuneração financeira por isso, não ter participado de nenhum projeto semelhante, garantindo assim o desconhecimento formal dos conteúdos aplicados na intervenção e desejar participar voluntariamente do estudo.

Foram excluídos do estudo participantes que faltaram a mais de 03 encontros ou cujo idoso familiar fora institucionalizado, internado por qualquer patologia ou tenha falecido neste período. Assim, o *n* final da pesquisa foi de 56 indivíduos.

Antes do estudo foram aplicados quatro questionários e após o término três questionários a todos os participantes. O questionário sociodemográfico e cultural foi aplicado somente antes do início do estudo. Era estruturado, com 14 questões de múltipla escolha, com o objetivo de obter dados (sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, paternidade, rede de apoio, religião, condições de moradia, religião, parentesco com o idoso, existência de colaboração no cuidado, número de horas por dia de dedicação ao cuidado, tempo de exercício da função de cuidador, exercício concomitante de trabalho formal) para a descrição do perfil dos cuidadores.

Os outros três questionários foram aplicados, antes e após o período da intervenção educativa: o questionário *Whoqol-bref*¹⁷ sobre qualidade de vida, o *Zarit Burden Interview- ZBI* sobre sobrecarga física e emocional¹⁸ e o questionário 'Avaliação do Conhecimento do Cuidador de Pessoa Idosa com Demência'.

O *Whoqol-bref* é um questionário estruturado, simplificado e de fácil manejo e aplicabilidade, organizado em 26 questões, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral que são calculadas para gerar um escore independente dos escores dos demais domínios, denominado de Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV). O instrumento tem 24 facetas distribuídas em quatro domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As

respostas aos itens apresentam níveis de concordância em cinco níveis crescentes (1-5) e decrescentes (5-1) cuja somatória dos quatro domínios foi convertida para pontuação máxima de 100 pontos (a maior percepção de qualidade de vida). As regras de aplicação deste instrumento orientam que o entrevistado o responda, individualmente, tomando por base as duas últimas semanas de sua vida, ajuizando sobre a sua qualidade de vida.¹⁷

A Escala de Sobrecarga de Zarit foi traduzida e validada no Brasil por Scazufca.¹⁹ É autoaplicável e possui 22 itens que avaliam o impacto percebido do ato de cuidar sobre sua saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. As respostas devem ser dadas segundo uma escala de zero a quatro (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4), onde 88 é a maior sobrecarga.

CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO CUIDADOR DE PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA (ACCPID)

A ACCPID foi desenvolvida pela autora E.T.A. como um instrumento estruturado, constituído de cinco situações-problema onde quatro delas contemplam os respectivos domínios do *Whoqol-bref* (Psicológico, Físico, Meio Ambiente e Relações Sociais). A última situação-problema é referente ao sentido que o cuidador confere a uma boa "qualidade de vida", assim como no *Whoqol-bref* e configura-se no quinto domínio.

A construção destas situações-problemas se deu a partir de uma matriz com a combinação de temáticas relacionadas às necessidades do idoso com demência e à sobrecarga do cuidador considerando os referenciais da psicoeducação. Foram organizados 18 conteúdos nos cinco domínios. Assim, cada situação-problema contemplou facetas referentes às necessidades do idoso e à sobrecarga do cuidador. Para cada situação-problema, ofereceu-se cinco opções de resposta, onde, uma era objetivamente a mais adequada e validada com um ponto e as demais com zero ponto.

Antes de sua finalização o ACCPID foi submetido a um painel de juízes por meio da Técnica de Delphi, com três rodadas, quando

atingiu-se índice de concordância superior a 70% nas respostas.²⁰ Participaram como panelistas 5 profissionais médicos, professores e mestres nas áreas de geriatria ou psiquiatria. Posteriormente, o material foi utilizado em estudo piloto.

DETERMINAÇÃO DOS GRUPOS

A determinação dos quatro grupos deu-se a partir da variável Qualidade de Vida (QV), por ser este o objetivo principal do trabalho. Cada grupo foi dividido a partir da mediana 49,3 da QV obtida a partir do resultado do *Whoqol-bref* aplicado a todos os participantes em pré-teste. Deste modo, sete sujeitos com resultados inferiores e sete com resultados superiores a essa mediana compuseram cada grupo, tanto o controle quanto o experimental em seus três subgrupos.

Para a constituição do GE, foi verificada a equivalência entre os três grupos que passariam pela intervenção no que se referiu à variável qualidade de vida. Utilizou-se o teste Kruskal-Wallis²¹ para calcular a diferença entre os resultados dos três subgrupos no instrumento Whoqol no momento do pré-teste. O resultado considerou que, estatisticamente, não houve diferença significativa ($p=0.54$), comprovando assim que os mesmos eram equivalentes antes da intervenção, sendo considerados um só grupo.

Em seguida, ainda em momento pré-teste, os resultados do Whoqol do grupo experimental foram comparados aos do grupo controle, utilizando-se o teste *Mann-Whitney*²¹, comprovando que, os dois grupos não diferiam do ponto de vista estatístico quanto à variável qualidade de vida no momento do pré-teste ($p=0.7867$).

Balizados os grupos segundo a variável QV, deu-se prosseguimento ao estudo e à intervenção proposta, sendo que após as 12 semanas os dados foram igualmente coletados e tratados.

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Cada um dos três subgrupos do GE recebeu a intervenção psicoeducativa, por meio de 12 encontros semanais (com duração média de 70 minutos cada). Cada atividade abordou o desenvolvimento de conhecimentos sobre um

tema central: demência, enfrentamento do estresse, comunicação, divisão de tarefas, cuidados ao idoso, atividades terapêuticas de estimulação cognitiva, redes de apoio e legislação, cuidados ao cuidador e ao idoso.

O método educacional utilizado foi a problematização a partir do uso de disparadores como dinâmicas, vídeos, textos e oficinas seguidos de exposição dialogada. A problematização buscou levantar por meio da vivência das pessoas, a construção de conhecimentos sustentados pela aprendizagem significativa com articulação de competências e habilidades. A mediação da facilitadora foi propositiva e conduziu o grupo, ao final de cada encontro, à composição de uma síntese grupal acerca dos conhecimentos desenvolvidos.^{13,16}

ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, estes foram transcritos para uma planilha do Excel, organizados em tabelas e gráficos de acordo com o tipo de instrumento aplicado.

O instrumento elaborado para traçar o perfil dos cuidadores, foi organizado de forma individualizada, sendo tratados estatisticamente por meio de porcentagem absoluta e relativa.

O instrumento *Whoqol-bref* por possuir respostas em escala de intensidade que variava de nada a extremamente; a escala de capacidade variava de nada a completamente; a escala de avaliação de muito insatisfeito a muito satisfeito e muito ruim a muito bom e a escala de frequência variava de nunca a sempre), estas possuíam uma pontuação de um a cinco, enquanto as questões de número 3, 4 e 26 tiveram seus escores invertidos na função de $1 = 5$; $2 = 4$; $3 = 3$; $4 = 2$ e $5 = 1$.²² Para a obtenção do escore total, cada domínio foi calculado mediante uma sintaxe, considerando o escore de tal domínio, sendo estes recodificados em uma escala de medida com variação entre zero e 100, sendo zero a menor percepção e 100 a maior percepção do indicador de qualidade de vida.²³

As respostas na escala de sobrecarga ZBI tinham pontuação de zero a quatro, e o valor mínimo de zero e o máximo de 88, sendo que ao final chegava-se a um escore por somatória dos pontos de cada questão onde quanto mais alto e próximo de 88, maior era o nível de sobrecarga e

quanto mais baixo e próximo de zero, menor o nível de sobrecarga.¹⁸

Considerando que o ACCPID possuía cinco situações que compunham o instrumento, cada questão oferecia cinco possibilidades de respostas sendo apenas uma a correta para cada item. A resposta ideal, escolhida a partir do consenso dos juízes recebeu a pontuação de valor equivalente a um enquanto as demais respostas consideradas erradas receberam o valor zero. A pontuação também foi por somatória, sendo o escore mínimo igual a zero e o máximo a cinco.

Os resultados de todos os instrumentos entre pré-teste e pós-teste do Grupo Experimental (GE) e do Grupo Controle (GC), foram comparados (GExGE e GCxGC) utilizando-se o teste *Wilcoxon* para averiguar se havia diferenças estatísticas significantes após a intervenção em relação ao momento anterior.

Além disso, no momento pós-teste o grupo controle foi também comparado ao grupo

experimental (GCxGE) com o intuito de analisar se os resultados eram estatisticamente diferentes após a intervenção, para tanto, utilizou-se o teste *Mann-Whitney*.

Estes dados foram analisados e tratados, segundo os testes mencionados, utilizando o *Software GraphPad Instat*.²⁴

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e cultural dos cuidadores familiares de pessoas idosas com demência indicou que o cuidador é, em sua grande maioria, do sexo feminino, são filhas do(a) idoso(a), desempregadas, com média de 55 anos, possuem primeiro grau completo, são católicas, tem companheiro e filhos e são residentes na cidade sede entre outras características apontadas no Quadro 1.

Quadro 1. Características do cuidador familiar de idoso com demência e seu contexto de vida

Características de participantes do estudo	Número absoluto (n)	Número relativo
Sexo do cuidador: feminino	52	85%
Condição de vínculo do cuidador: filho(a) do idoso	34	59%
Cuidador divide algum cuidado com outros familiares	32	56%
Opção pessoal do cuidador: cuidar do idoso	32	56%
Média de idade do cuidador	55 anos	
Escolaridade do cuidador	26	46% estudou até o primeiro grau, destes 27% (7) não concluíram.
Situação conjugal do cuidador	32	56% referiu ter um(a) companheiro(a)
Filho	52	91% possui
Religiosidade do cuidador	51	90% referiu (destes, 50% é católico)
Mora com o idoso (condição de moradia do cuidador)	40	70%
Desempregado(a) (condição de emprego do cuidador)	27	47%
Renda principal da família do cuidador	22	39% aposentadoria do idoso
Renda familiar total		2 a 3 salários mínimos
Tempo de cuidado do idoso	29	51% mais de cinco anos
Número de horas /dia dedicadas ao cuidado	40	70%; mais de 8h/dia
Auxílio do governo ao idoso	9	16% recebe algum auxílio de programa social
Rendimento do Idoso	51	90% tem aposentadoria
Renda familiar considerada suficiente	13	23% dos cuidadores
Lazer do cuidador	34	59% dos cuidadores negam atividades de lazer
Local de moradia do cuidador	47	82% cidade sede do estudo

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados coletados antes do início do estudo (T=0), relacionados ao Whoqol-Bref do

GC foram comparados com os do GE (já unificados) para averiguar a variável Qualidade de

Vida. As questões 1 e 2 (Q1 e Q2) do Whoqol-Bref, tem valores independentes do restante da escala e são de autopercepção do sujeito sobre sua Qualidade de Vida e saúde.

Assim, no quesito “Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)” da questão 1: “Como você avalia a sua qualidade de vida?”, obteve-se:

Quando comparamos os valores dos GC com ele próprio em T=0 (início do estudo) e T=1 (após 12 semanas do início), os resultados indicaram $p=0,8$; ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa.

Contudo, na mesma comparação do GE, os resultados indicaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$) para melhor após intervenção, confirmando que após intervenção houve melhora na autoavaliação sobre qualidade de vida desses cuidadores.

Já em T1, GC comparado a GE, segundo Mann-Whitney, o valor de p foi de 0,03; mostrando uma melhora desta percepção naqueles que receberam a intervenção. Tabela 1.

Tabela 1. Resultados da questão 1 do instrumento Whoqol em Grupo Controle e Experimental nos momentos: T=0 e T=1, comparando-se intergrupo com a prova de Mann-Whitney e intragrupo com a prova de Wilcoxon

Grupos	Momentos	Valor de p (pré e pós) (GCxGC) e (GExGE)	Valor de p (GCxGE)
GC	T0		0,8
	T1	0,5	
GE	T0		
	T1	0,01*	0,03*

Fonte: dados da pesquisa.

A questão 2. “Quão satisfeito você está com sua saúde?”, em pré-teste o valor de p não foi significativo (0,68) entre GExGC, caracterizando-os também como equivalentes. Já no pós-teste, o valor de p , segundo Mann-Whitney, foi de 0,04; considerado estatisticamente significativo para melhor nos que receberam a psicoeducação. A comparação dos

resultados do T=0 e T=1 do GC indicaram $p=0,99$; não caracterizando diferença estatisticamente significativa. Enquanto que no GE nos mesmos momentos, os resultados ($p=0,05$) indicaram diferença estatisticamente significativa para melhor, confirmando a melhora da autopercepção sobre a saúde dos cuidadores que passaram pela intervenção. Tabela 2.

Tabela 2. Resultados da questão 2 do instrumento Whoqol-Bref em Grupo Controle e Experimental nos momentos T=0 e T=1 comparando intergrupo com a prova de Mann-Whitney e intragrupo com a prova de Wilcoxon

Grupos	Momentos	Valor de p (T=0 e T=1) (GCxGC) e (GExGE)	Valor de p (GCxGE)
GC	T0		0.68
	T1	0,99	0,04*
GE	T0		
	T1	0.05*	

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados da Qualidade de Vida geral, no que se refere ao escore total do instrumento, ou seja, da questão 3 a 26, na comparação entre GExGC, em $T=0$, mostrou que eram equivalentes, pois não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,68$).

Transcorridas as 12 semanas ($T1$), os GCxGE foram comparados e os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$) para melhor no grupo que recebeu a intervenção. Tabela 3.

Tabela 3. Comparação entre os grupos GC e GE de cuidadores. Prova de Mann-Whitney

Grupos Testados	Valores de p
GC $T=0$ X GE $T=0$	0.68
GC $T=1$ X GE $T=1$	0.04*

Fonte: dados da pesquisa.

Comparando o GC com ele mesmo em $T=0$ e $T=1$, o valor de p foi de 0,23 não correspondendo a diferença estatística entre os

dois momentos, enquanto que o GE apresentou $p<0,0001$; considerado como significativo do ponto de vista estatístico. Tabela 4.

Tabela 4. Comparação intragrupos de cuidadores de idosos com demência nos momentos $T=0$ e $T=1$ quanto à variável qualidade de vida, segundo Whoqol-bref, com a Prova de Wilcoxon

Grupos Testados	Valores de p
GC $T=0$ X GC $T=1$	0.23
GE $T=0$ X GE $T=1$	<0.0001*

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos resultados da Escala de Sobrecarga de ZBI, inicialmente foi verificado se havia diferenças estatísticas entre eles no pré-teste, $T=0$, no qual o valor de p foi de 0,88; considerando-os, portanto, equivalentes neste momento. Já em pós-teste, $T=1$, p foi de 0,02; ou seja, o grupo que recebeu intervenção mostrou

uma diminuição do nível de sobrecarga física e emocional.

Comparando os resultados de GE em pré e pós-teste, evidenciou-se uma diminuição importante das sobrecargas ($p<0,0001$). Já o GC não apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p=0,31$). Tabela 5.

Tabela 5. Comparação entre os grupos GC e GE de cuidadores quanto à ZBI com prova de Mann-Whitney (GCxGE) e Wilcoxon (GCxGC e GExGE)

Grupos Testados	Momentos	Valores de p
GC X GE	$T=0$	0,88
GC X GE	$T=1$	0.02*
GC	$T=0$ X $T=1$	0.31
GE	$T=0$ X $T=1$	<0.0001*

Fonte: dados da pesquisa.

A mensuração da capacidade educativa da intervenção ocorreu por meio do instrumento ACCPID. No pré-teste, GCxGE não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,67$), apontando também a equivalência

entre os grupos. Decorridas as 12 semanas, o GE, que recebeu a intervenção, apresentou diferença estatística significativa para melhor quando comparado ao GC no mesmo momento ($p=0,0010$). Tabela 6.

Tabela 6. Comparação entre os grupos GC e GE de cuidadores, em T=0 e T=1, quanto a Avaliação do Conhecimento de Cuidadores de Pessoas Idosas com Demência com prova de Mann-Whitney

Grupos testados	Momentos	Valores de <i>p</i>
GC x GE	T=0	0,67
GC x GE	T=1	0.0010*

Fonte: dados da pesquisa.

CONCLUSÃO

As características descritivas do perfil dos cuidadores familiares participantes deste estudo foram referidas por outros autores. Quanto à idade, maioria entre 40 e 60 anos e a presença do sexo feminino com maior representatividade no papel de cuidador.²⁵ Sendo que, para o grau de parentesco, os dados mostraram igual frequência para filhas e esposas, apontando que a esposa é, com frequência, a cuidadora primária de idosos, seguida da filha que também possui idade avançada. Desta forma, pessoas que vivenciam o envelhecimento, ou que já se encontram em plena velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde.^{25,26}

A fragilidade financeira, o fato da renda principal advir da aposentadoria do idoso, leva o cuidador a morar na casa deste aumentando seu compromisso com o cuidado. A renda reconhecida como 'pouco suficiente' não permite atividades de lazer assim como o longo tempo (anos) e muitas horas de cuidado por dia, não permitem tempo livre para outras atividades mesmo contando com alguma ajuda de outro familiar. Tais condições de fragilidade social e econômica também permearam os achados de Alves *et al.*²⁵

A situação de prestação de cuidado em tempo integral aparece na literatura como uma das principais responsáveis pelas queixas de solidão e isolamento social por parte de cuidadores, como também influencia negativamente as relações conjugais e familiares devido ao desgaste físico e mental e aumenta a probabilidade de ocorrência de morbidade psiquiátrica.²⁶

Os achados quanto à melhoria da qualidade de vida após intervenção educativa mensurada pelo Whoqol-Bref, questões 1 e 2, e geral corroboram com os resultados de vários

outros estudos que também desenvolveram intervenções de apoio, educativas, sociais ou de acolhimento com cuidadores de idosos com demência, utilizando-se de diferentes estratégias tais como sessões semanais, quinzenais, informação e apoio, grupo de conversa, palestras e estratégias de enfrentamento.^{9,13,27}

Os resultados expressos na Tabela 4 respaldam a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos pesquisados do GE ter ocorrido em função psicoeducação e não devido a algum possível evento externo a ela já que o mesmo não se deu com os cuidadores do GC.

Segundo os resultados do ZBI, houve significativa redução na sobrecarga percebida pelo cuidador advinda do cuidado após a psicoeducação. O mesmo foi descrito por Arantes *et al.*, em 2019, após intervenção educativa conduzida em Centro de Atenção Psicossocial.¹³

Este resultado repercute na melhora da qualidade de vida desses cuidadores já que expressam benefícios nas três esferas estudadas. Trata-se de uma construção de aprendizagem aplicada à vida e à melhoria da qualidade de vida desses sujeitos, a partir de uma intervenção educativa, embasada na andragogia por meio método ativo e reflexivo. A construção de aprendizagem significativa que se faz fruto da mobilização de aspectos internos e das demandas hodiernas do aprendiz é capaz de proporcionar benefício direto com melhor gestão, tomada de decisão e ações transformadoras.²⁸

Os ganhos cognitivos expressos pelos resultados do ACCPID reiteram a capacidade da intervenção educativa em proporcionar aos cuidadores a apreensão de conhecimento aplicado à sua realidade. A necessidade e benefícios da apropriação destes conhecimentos também é relatada em outros estudos que destacam a importância do cuidador familiar possuir informações integradas e interdisciplinares acerca do paciente, do quadro

clínico e do cuidado, que o instrumentalize sobre como proceder nas diversas situações da atenção em saúde, protegendo sua saúde física e mental.²⁹ A amplitude das situações-problema utilizadas abordando o idoso, a sobrecarga do cuidador e os domínios físico, psicológico, interações sociais, meio ambiente e qualidade de vida, na perspectiva do cuidado integral de pacientes e cuidadores, é de grande contribuição neste sentido.

Assim, a ampliação do conhecimento do cuidador é essencial não apenas para que ele se sinta mais seguro em sua rotina de cuidados, mas também para a promoção da sua própria qualidade de vida, maior qualidade do cuidado e para um paciente melhor assistido.³⁰

A intervenção psicoeducativa mostrou-se capaz de influenciar positivamente a qualidade de vida da população estudada, os dados estatísticos relativos a quantificação da qualidade de vida foram muito superiores após a intervenção quando comparados aos resultados prévios. Inclusive, melhorando a autopercepção do cuidador em relação à sua qualidade de vida e seu estado de saúde.

O estudo identificou as principais características sociodemográficas e culturais dos cuidadores familiares de pessoas idosas com demência. Além disso, demonstrou diminuição da sobrecarga física e emocional, bem como o aumento dos conhecimentos específicos nos participantes que receberam a intervenção.

À luz das transformações sociais impostas pelo envelhecimento populacional e de seus impactos sobre as famílias, foi claramente percebido que os achados complementaram observações de outros autores tanto do âmbito nacional quanto internacional reiterando a importância de uma intervenção que possa atuar como apoio ao cuidado de pacientes acometidos por demência.

Igualmente, podemos inferir que a falta de conhecimento específico por parte do cuidador sobre as modificações de ordem física e mental tanto dele quanto do paciente, também interferem diretamente na qualidade de vida do idoso.

No caso, a psicoeducação mostrou-se bastante efetiva ao suporte do cuidador familiar e, por conseguinte, na promoção da saúde deste e ao melhor cuidado do paciente demenciado.

Os instrumentos utilizados revelaram-se fidedignos para a população avaliada. Quanto à 'ACCPID', sugerimos que sejam feitos outros estudos a fim de aumentar a confiabilidade do mesmo, com uma população maior e com diferentes delineamentos de pesquisa.

Uma limitação a estudos semelhantes pode ser a não adesão do cuidador. Destaca-se a importância de fortalecer sua presença por meio da análise prévia e conjunta acerca dos desafios a esta participação envidando esforços para que seja viabilizada. A frequência dos encontros e local deve ser coerente com a rotina do cuidador e com a possibilidade de auxílio de outro familiar no cuidado ou ocorrer quando o idoso estiver sob atendimento ambulatorial. A necessidade de transporte também deve ser avaliada.

Os bons resultados, baixo custo e fácil aplicação da intervenção psicoeducativa sugerem sua adoção na educação em saúde de cuidadores na Atenção Básica e Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Colloca G, Di Capua B, Bellieni A, Fusco D, Ciciarello F, Tagliaferri L, et al. Biological and functional biomarkers of aging: definition, characteristics, and how they can impact everyday cancer treatment. *Curr Oncol Rep*. 2020 Aug 22;22(11):115. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00977-w>
2. Atri A. The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum: diagnosis and management. *Med Clin North Am*. 2019 Mar;103(2):263-93. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.009>
3. Gonçalves-Pereira M, Verdelho A, Prina M, Marques MJ, Xavier M. How many people live with dementia in Portugal?: a discussion paper of national estimates. *Port J Public Health*. 2021;39(1):58-68. <https://doi.org/10.1159/000516503>
4. Zurique Sánchez C, Cadena Sanabria MO, Zurique Sánchez M, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández SH, et al. Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Rev*

- Esp Geriatr Gerontol. 2019;54(6):346-55.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>
5. Laginestra-Silva A, Tuyama FL, Cerceau VR, Mariano TD, Pinheiro HA, Oliveira ML. Prevalência de demências no Brasil: um estudo de revisão sistemática. *Rev Neuroci*. 2021;29:1-14.
<https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11377>
6. Or R, Kartal A. Influence of caregiver burden on well-being of family member caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*. 2019 Sep;19(5):482-90.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12421>
7. Santos-Orlandi AA, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Moura FG, et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. *Rev Bras Enferm*. 2019 Nov;72(suppl 2):88-96.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0137>
8. Hazzan AA, Dauenhauer J, Follansbee P, Hazzan JO, Allen K, Omobepade I. Family caregiver quality of life and the care provided to older people living with dementia: qualitative analyses of caregiver interviews. *BMC Geriatr*. 2022 Jan 31;22(1):86.
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02787-0>
9. Alves GC, Peres FS, Silva CM, Friedrich JC, Zucco JV, Macuch RS, et al. Psicoeducação em contextos de saúde mental: uma revisão sistemática. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 2024;28(1):577-92.
<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i1.2024-1090>
10. Palma LC. Impacto da psicoeducação na sobrecarga do cuidador informal: uma intervenção grupal [dissertação]. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia; 2024. 88 f.
11. Falcão EN, Gomes SP, Duque NC, Rezende VC, Almeida VA, Pereira, BS. Interfaces entre psicoeducação e saúde. *Analecta Cent Univ Acad*. 2021;7(2).
12. Galdino MM, Silva MC, Lopes GA, Souza GL, Silva MV, Andrade LA. Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa. *CGCHS 2022* [acesso em 2024 jun 5];7(2):21. Disponível em: <https://periodicos.grupotiradentes.com/cadernohumanas/article/view/10328>
13. Arantes DJ, Picasso R, Silva EA. Grupos psicoeducativos com famílias de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Pesqui Prát Psicossociais*. 2019;14(2):1-15.
14. Martins VL, Ponte CM. A redação acadêmica: dicas para uma boa escrita. In: Ponte CM, Gurgel MH, Lopes LS. *Manual prático para a produção acadêmica*. Fortaleza (CE): Unichristus; 2021. p. 109-16.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510/CNS, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília*, 24 maio 2016. Seção 1:44.
16. Luchesi BM, Lara EM, Santos MA, organizadoras. *Guia prático de introdução às metodologias ativas de aprendizagem*. Campo Grande (MS): Editora UFMS; 2022.
17. Iriawan J, Shabrina GN, Taufan A, Zulqarnain MA. Quality of life level description of elderly patients with hypertension using instruments WHOQOL-BREF. *Adv Health Sci Res*. 24 Jul 2021;37:187-92.
<https://doi.org/10.2991/ahsr.k.210723.045>
18. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behaviour problems checklist and the burden interview. Pennsylvania: Pennsylvania State University; 1983.
19. Scazufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com

- doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-7.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
20. Zarili TF, Castanheira ER, Nunes LO, Sanine PR, Carrapato JF, Machado DF, et al. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. *Saúde Soc.* 2021;30(2):e190505.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505>
 21. Lapa LD. Testes estatísticos: breves reflexões. In: Sá P, Costa AP, Moreira A, coordenadores. *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados.* Aveiro: Universidade de Aveiro Editora; 2021. p. 73-86.
 22. Zanei SS. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades Terapia Intensiva e seus familiares [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006. 135 f.
 23. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
 24. GraphPad. InStat versão 3.1 para Windows 10. San Diego: GraphPad Software; 2022.
 25. Alves BS, Oliveira AS, Santana ES, Chaves RN, Marinho MS, Reis LA. Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. *Rev Saúde Col UEFS.* 2019;9:113-8.
<https://doi.org/10.13102/rscduefs.v9i0.3684>
 26. Diogo MJ, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(1):97-102.
<https://doi.org/10.1590/S0080-70782005000100013>
 27. Oliveira WS, Silva TB. Centro-dia para idosos e psicoeducação: intervenções no grupo de profissionais cuidadores e na sua relação com as pessoas idosas. *Rev Kairós.* 2020;23(3):89-109. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i3p89-109>
 28. Pereira JC, Monte LR, Souto CC, Carvalho AH, Teixeira LS, Renovato RD, et al. Metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa: Processo Educativo no Ensino em Saúde. *Rev Ensino Educ Ciênc Hum.* 2021;22(1):11-9.
<https://doi.org/10.17921/2447-8733.2021v22n1p11-19>
 29. Uhm KE, Jung H, Woo MW, Kwon HE, Oh-Park M, Lee BR, et al. Influence of preparedness on caregiver burden, depression, and quality of life in caregivers of people with disabilities. *Front Public Health.* 2023 Jul 26;11:1153588.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1153588>
 30. Nascimento HG, Figueiredo AE. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(4):1381-92.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01212019>

Recebido: 17 jun. 2024

Aceito: 08 ago. 2024