

Artigo Original

Efeitos de uma intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer¹

Effects of a psychoeducational intervention focusing on cognitive training in caregivers of older adults with Alzheimer's disease.

Ana Julia de Souza Caparrol^a , Gabriela Martins^a , Gustavo Carrijo Barbosa^a ,
Aline Cristina Martins Gratão^a 

^aUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Como citar: Caparrol, A. J. S., Martins, G., Barbosa, G. C., & Gratão, A. C. M. (2021). Efeitos de uma intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2886. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2181>

Resumo

Introdução: As intervenções cognitivas podem ser importantes estratégias de apoio aos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA), uma vez que melhoram sua saúde física e mental. **Objetivo:** Avaliar e analisar os efeitos de intervenções psicoeducativas com enfoque em treino cognitivo sobre a cognição, ansiedade, estresse e sobrecarga em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado e cego realizado com 37 cuidadores informais divididos em Grupo Intervenção Domiciliar (GID) e Grupo Controle (GC). Os participantes foram avaliados antes e após a intervenção por meio do Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, Escala de Estresse Percebido, Inventário de Depressão e Ansiedade de Beck e Escala de Sobrecarga de Zarit. **Resultados:** Houve melhora significativa no GID para sintomas de estresse ($p=0,0027$), cognição ($p=0,003$; $p=0,008$), atenção/orientação ($p=0,004$), memória ($p=0,017$) e fluência verbal ($p=0,023$). Quanto ao GC, apesar da melhora nos parâmetros, essa não foi significativa. **Conclusão:** A intervenção em cuidadores de forma domiciliar é uma importante ferramenta para a melhora na cognição e estresse em cuidadores de idosos com DA, mas não parece ter a mesma eficácia para sintomas de sobrecarga, o que evidencia a necessidade de estratégias específicas para este domínio.

Palavras-chave: Cuidadores, Doença de Alzheimer, Idoso, Cognição, Terapia Ocupacional.

¹ Este estudo é fruto de um ensaio clínico randomizado, controlado e cego (UTN: U1111-1206-5773), cujas etapas obedeceram às Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos voluntários foi condicionada mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Parecer número 2.069.671/2017), CAEE 65119517.1.0000.5504.

Recebido em: Out. 28, 2020; 1ª Revisão em: Fev. 04, 2021; 2ª Revisão em: Mar. 31, 2021; Aceito em: Jun. 07, 2021.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Abstract

Introduction: Cognitive interventions can be important support strategies for caregivers of older adults with Alzheimer's disease (AD) since they improve their physical and mental health. **Objective:** To evaluate and analyze the effects of psychoeducational intervention with a focus on cognitive stimulation on cognition, anxiety, stress, and overload in caregivers of elderly people with Alzheimer's disease. **Method:** This is a randomized, controlled, blinded clinical trial, performed with 37 informal caregivers divided into Home Intervention Group (HIG) and Control Group (CG). Participants were assessed before and after the intervention using Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, Perceived Stress Scale, Depression Inventory and Beck Anxiety, and Zarit Overload Scale. **Results:** There was improvement in the HIG, significant for symptoms of stress ($p= 0.0027$), cognition ($p= 0.003$; $p= 0.008$), attention/orientation ($p= 0.004$), memory ($p= 0.017$), and verbal fluency ($p= 0.023$). Regarding the CG, despite the improvement in the parameters, this was not significant. **Conclusion:** Intervention in caregivers at home is an important tool for improving cognition and stress in caregivers of older adults with AD, but it does not seem to be as effective for symptoms of overload, which highlights the need for specific strategies in this domain.

Keywords: Caregivers, Alzheimer Disease, Aged, Cognition, Occupational Therapy.

Introdução

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença crônica neurodegenerativa progressiva, geralmente associada à idade, de início insidioso, que prejudica a estrutura e função cerebral (Seima et al., 2014). Como consequência, a DA diminui o desempenho cognitivo e afeta a memória recente, linguagem, reconhecimento viso-espacial, função executiva, além do comprometimento da funcionalidade dos indivíduos, causando a maior dependência nos cuidados (parciais ou totais), o que torna essencial o papel do cuidador (Seima et al., 2014; Soares et al., 2017).

Entende-se por cuidador a pessoa que presta cuidados a quem não consegue realizar as atividades básicas de vida diária, como tomar banho, vestir-se e se alimentar, bem como atividades instrumentais de vida diária, como a administração de medicamentos, pagamento de contas e realização das tarefas domésticas, sono, repouso, atividades de lazer e participação social (Fagundes et al., 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2017), o papel de cuidador informal é representado, na maioria das vezes, por um familiar (cônjuge, filha, nora ou irmão), que não recebe qualquer remuneração pela atividade. Cabe ressaltar que, conforme o grau de dependência do idoso aumenta, a qualidade de vida desses indivíduos é acometida, favorecendo o aparecimento de transtornos psicológicos, como estresse, ansiedade e depressão, causados pela sobrecarga do cuidado (Martins et al., 2019).

A sobrecarga pode estar relacionada às alterações sociais, profissionais e pessoais que os cuidadores enfrentam a partir do momento que assumem a responsabilidade de cuidar de um idoso que vive com demência, à falta de informação acerca da doença e ao excesso de cuidado, que pode levar o cuidador ao adoecimento físico e psíquico (Lopes et al., 2020).

Além da sobrecarga, o estresse também pode interferir negativamente nos cuidados prestados. Ele é categorizado como a morbidade psiquiátrica mais frequente entre os cuidadores de idosos e tem relação bem próxima com sintomas depressivos, isolamento social

e transtorno de ansiedade (Fernandes & Garcia, 2009). Desse modo, a obrigação de cuidar ocasiona esse sintoma psiquiátrico, causado pelo estado ininterrupto de vigília, atenção e preocupação com o idoso (Oliveira & Marques, 2019). A ansiedade é potencializada nos cuidadores durante todo o processo do cuidar devido aos sentimentos de medo, à insegurança e à capacidade de reconhecimento acerca da sobrecarga e da necessidade de autocuidado por parte destes cuidadores (Nobre et al., 2015; Cesário et al., 2017).

Tem-se observado, para além da sobrecarga causada pelo excesso de cuidado, a queixa de memória, o que indica mais um campo a ser investigado e apontado como prioridade para o planejamento das intervenções domiciliares, uma vez que o estresse e a sobrecarga são fatores que podem elevar o autorrelato de falhas de memória (Silva et al., 2012; Leung et al., 2017; Caparrol et al., 2018).

Diante dessas circunstâncias, as intervenções psicoeducativas surgem como estratégia para a redução da sobrecarga física e emocional dos cuidadores (Campos et al., 2019). Trata-se de um conjunto de atividades que visam fortalecer as habilidades intra e interpessoais para que os cuidadores possam se adaptar às demandas e lidar com o estresse do cuidado, usando um formato estruturado e, muitas vezes, ministrado em pequenos grupos, incluindo tempo para didática e prática (Falcão et al., 2018). Somando-se a estas, as intervenções cognitivas podem ser importantes estratégias de apoio aos cuidadores e podem ser desenvolvidas no domicílio e orientadas por um profissional da saúde capacitado (Campos et al., 2019). Intervenções com enfoque em treino cognitivo consistem na realização de exercícios diversos que juntos visam à melhoria ou compensação dos déficits numa determinada função cognitiva como jogos de memorização de palavras (para estimulação da memória), a procura de diferenças entre imagens (para estimulação da atenção), a realização de *puzzles* (para estimulação da capacidade construtiva), entre outros (Irigaray et al., 2012).

Segundo Fialho et al. (2012), intervenções cognitivas melhoram a saúde mental e física; além disso, reduzem a sobrecarga e os sintomas depressivos do cuidador. Entretanto, há uma relativa escassez de estudos sobre intervenções não farmacológicas com cuidadores de idosos com DA. Considerando-se a relevância da temática central deste estudo, que vai ao encontro da agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde que tem como um dos eixos temáticos prioritários “Saúde do idoso” e sub eixo “Análise dos fatores de risco e proteção associados às demências em pessoas idosas no Brasil”, o objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo sobre a cognição, ansiedade, estresse e sobrecarga em cuidadores informais de idosos com DA.

De forma geral, intervenções para cuidadores de idosos com demência na área da terapia ocupacional possuem objetivo de trabalhar estratégias de compensação para o declínio cognitivo do receptor de cuidados, negligenciando sua própria saúde, que pode ser beneficiada inclusive quanto ao alívio da sobrecarga, orientações para realização de atividades de vida diária e manejo das alterações comportamentais do idoso (Alcantara et al., 2019). Embora existam evidências que apoiem a prática da terapia ocupacional no cuidado de pessoas com demência, o objetivo das intervenções deve levar em conta também o suporte aos cuidadores, de forma a analisar os diferentes fatores cognitivos e psicológicos relacionados ao processo de cuidar.

Método

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado e cego (UTN: U1111-1206-5773). A amostra foi de cuidadores do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), de uma operadora de saúde privada da cidade de São Carlos-SP.

Os critérios de inclusão foram: cuidadores informais de idosos com diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer concedido por médico neurologista e/ou geriatra conveniados a operadora de saúde, e que cuidam do idoso há mais de um ano. Foram excluídos: todos os cuidadores remunerados ou que prestavam cuidados há menos de um ano e os que tinham algum transtorno físico ou mental, ou doenças sistêmicas não tratadas, que impossibilitassem a aplicação da avaliação realizada.

Foram listados 64 cuidadores de idosos com DA, no início do segundo semestre de 2018, oriundos do SAD para participarem dessa pesquisa. Foi realizado um telefonema para cada cuidador, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem. Os cuidadores que aceitaram participar (N= 46) foram avaliados por meio da aplicação de um questionário do perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, estado civil, categoria de cuidador, tempo de cuidado, entre outros) por um primeiro pesquisador treinado do grupo de pesquisa. Após serem avaliados, dois participantes foram excluídos por serem cuidadores há menos de um ano e dois por cuidarem de idosos sem o diagnóstico de DA concedido por médico. Dessa forma, 42 participantes preencheram os critérios de inclusão e foram randomizados por uma lista gerada pela página eletrônica “randomization.com”, a qual segue uma ordem numérica em que cada membro foi designado aleatoriamente para um dos grupos. Assim, 21 cuidadores foram alocados em cada grupo, intervenção e controle. Ao longo da pesquisa, houve desistências no Grupo Intervenção Domiciliar (GID) por motivos de saúde e óbito do idoso/família. Dessa maneira, o número final de participantes de cada grupo foi: Grupo Intervenção Domiciliar (n= 17) e Grupo Controle (n= 21). A Figura 1 contém o fluxograma dos participantes que fizeram parte desse estudo, tanto de intervenção quanto do grupo controle.

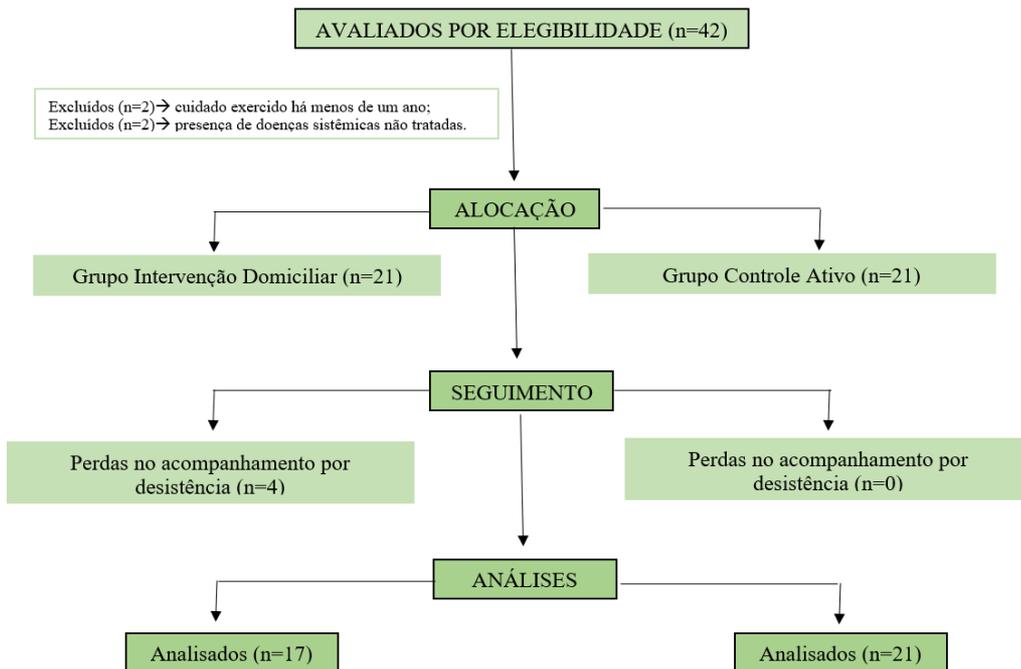


Figura 1. Fluxograma sobre os critérios de elegibilidade, alocação e análise dos participantes intervencionados. São Carlos, 2018. Fonte: dados da pesquisa.

Grupo Intervenção Domiciliar

O GID recebeu o material de intervenção psicoeducativa com enfoque cognitivo, contendo todas as atividades que seriam desenvolvidas ao longo de 12 semanas pelo pesquisador principal. Junto às atividades, receberam um cronograma em que as datas e as atividades eram correspondentes. Pediu-se para que o cuidador reservasse cerca de 45 minutos para se dedicar exclusivamente às atividades, uma vez por semana.

O grupo de pesquisa elaborou um protocolo para estimulação da cognição dos cuidadores de forma geral, especialmente nos domínios de atenção, funcionamento executivo, linguagem, aprendizado e memória. Dessa maneira, as atividades foram planejadas de forma lúdica, rápida e dinâmica, em formato de cartilha individual, em que cada atividade foi explicada passo-a-passo, com linguagem clara, objetiva e simples para facilitar o entendimento. Cabe ressaltar que três profissionais das áreas de gerontologia, psicologia e terapia ocupacional avaliaram a viabilidade da cartilha. Deste modo, 25 atividades foram organizadas e estão descritas a seguir na Tabela 1.

Tabela 1. Cronograma das atividades cognitivo domiciliar. São Carlos, 2018.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	
Atividades	Semana
Circular as vogais com "caneta Azul"	1
Riscar as letras "R" e "S"	
Reproduzir receitas	
Localizar elementos das figuras	
SUDOKU	2
Decorar palavras	
Elaboração de história a partir da figura	
TETRA	
Cara a cara	3
Interpretação de texto	
Categorização de figuras	
SOMA 15	
TETRA	4
Soma dos Triângulo Amarelo	
Reproduzir Receita	
Palitos Coloridos	
Treinando com o Troco	5
Jogo dos 7 erros	
Memorização de elementos das figuras	
Formar palavras (elaborar a partir das letras da folha dada)	
ESCREVER DE TRÁS PARA FRENTE	6
Jogo de memória associativa	
Soma do Triângulo Laranja	
Jogo Academia da Mente – Cara a Cara	
Riscar as letras "R" e "S"	7
Formar palavras (elaborar a partir das letras da folha dada)	

Tabela 1. Continuação...

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	
Atividades	Semana
Leitura e Interpretação	
Categorização de figuras	8
SOMA 15	
Ligue os pontos	
Encontre o desenho	9
Elaboração de história	
Jogo Academia da Mente – O que é diferente?	10
SOMA 15	
SUDOKU	
TETRA	11
Soma do Triângulo	
Torre de Hanoi	12
Treino com troco – lista de supermercado	

Fonte: dados da pesquisa.

As atividades desse protocolo foram baseadas no trabalho de Casemiro et al. (2016) e adaptadas por membros do grupo de pesquisa com o apoio de especialistas das áreas de gerontologia, psicologia e terapia ocupacional. Os participantes recebiam uma ligação semanal do pesquisador principal, que preenchia uma pequena ficha elaborada pelo grupo em que constavam informações sobre as dúvidas dos participantes, se eles aprovavam os jogos, se conseguiram realizar as atividades e se o tempo de 45 minutos foi respeitado.

Grupo Controle

O Grupo Controle (GC) recebeu o material com informações a respeito de cuidados importantes para idosos com DA. Trata-se de uma cartilha sintetizada a partir das informações do site da Associação Brasileira de Alzheimer (<http://abraz.org.br/web>, recuperado em 27, outubro, 2020), respeitando suas diretrizes, e abordou temáticas como: formas de cuidado, tratamento da doença, os cuidados com o paciente com DA, a saúde do cuidador, a administração do cuidado, qualidade de vida da saúde do cuidador familiar, dentre outras temáticas.

É importante destacar que, durante o desenvolvimento da pesquisa, o GC também foi acompanhado pelo pesquisador principal, por meio de ligações telefônicas semanais. Era preenchida uma pequena ficha elaborada pelo grupo em que constavam informações sobre as dúvidas dos participantes. Após a finalização da pesquisa, os participantes do grupo controle receberam a mesma intervenção que o grupo intervenção domiciliar.

Protocolo de avaliação

O protocolo de avaliação pré e pós-intervenção foi composto pelos seguintes instrumentos:

Avaliação Cognitiva: o *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R)*, que objetiva avaliar seis domínios cognitivos separadamente: orientação, atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade viso-espacial. A pontuação máxima é de 100

pontos e a soma de todos equivale ao escore total do indivíduo no ACE-R. Entre esse total, estão inseridos os 30 pontos relativos ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM). As notas de corte para a bateria (ACE-R) e para o MEEM foram definidas com seus dados normativos, sendo: <78 pontos para o ACE-R e <25 para o MEEM, considerando a idade e escolaridade dos participantes (Carvalho et al., 2010).

Estresse: a Escala de Estresse Percebido de Beck (PSS) é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários; possui 14 pontos e tem por objetivo avaliar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregado os respondentes consideram suas vidas e percebem as situações como estressantes. A escala apresenta questões com opções de resposta que variam de ordem crescente, sendo: 0 (nunca), 1 (quase nunca), 2 (às vezes), 3 (quase sempre) e 4 (sempre), respondidas de acordo com a autoavaliação do cuidador feita na última semana. Sua pontuação final pode variar entre 0 e 56, em que, quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido pelo indivíduo (Luft et al., 2007).

Sintomas depressivos e de ansiedade: o Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi o instrumento escolhido, pois corresponde a uma escala sintomática de depressão que possui 21 itens, com quatro alternativas, cada uma variando entre zero e três pontos. A nota de corte validada é: 0 a 9 indica sintomas mínimos ou ausência de sintoma, 10 a 18 sintoma leve, 19 a 29 sintoma moderado e 30 a 63 pontos para sintoma de depressão grave (Cunha, 2001). Para o rastreio de sintomas ansiosos, foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o qual é composto por uma lista de 21 sintomas comuns de ansiedade, com 4 alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. A nota de corte validada corresponde a: 0-10 pontos, indicando sintomas mínimos ou ausência de ansiedade; 11-19, indicando sintomas leves de ansiedade; 20-30, sintomas moderados; e 31-63, indicando sintomas graves (Beck et al., 1988; Cunha, 2001).

Sobrecarga: a Escala de Sobrecarga de Zarit foi validada e adaptada para o Brasil por Scazufca (2002) com objetivo de avaliar o impacto das atividades relacionadas ao cuidado prestado sobre a saúde física, emocional, condições financeiras e relacionamentos sociais dos cuidadores. Sua pontuação varia de 0 (nunca) a 4 (sempre), descrevendo de forma auto avaliativa o quanto a sobrecarga afeta o indivíduo. O total da escala é obtido pela soma das afirmações e pode variar de 0 a 88 pontos e, quanto maior a pontuação, maior é a sobrecarga. O resultado indica: ausência de sobrecarga (<21 pontos), sobrecarga leve a moderada (21 a 40 pontos), sobrecarga moderada a severa com (41 a 60 pontos) e sobrecarga intensa (61 a 88 pontos) (Scazufca, 2002).

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0, por um pesquisador alternativo pertencente ao grupo de pesquisa, com auxílio de um profissional estatístico, de forma descritiva e univariada, tanto para variáveis categóricas (tabelas de frequência) quanto para variáveis quantitativas (medidas de tendência central e variabilidade). As variáveis medidas foram consideradas de distribuição normal (teste *Kolmogorov-Smirnov*). As médias das variáveis cognição (ACE-R e MEEM), os domínios do ACE-R, sintomas depressivos, ansiosos, estresse percebido e sobrecarga foram comparados e analisados para o Grupo Intervenção Domiciliar e Grupo

Controle, antes e após a intervenção, por meio do Teste *t* de *Student* para amostras independentes. As variáveis sexo, estado civil e se residente com o idoso foram comparadas e analisadas por meio do Teste Exato de *Fisher*. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Aspectos éticos

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que visa assegurar direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, como a garantia de manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa, bem como atenção aos riscos que possam acarretar aos participantes, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção. Por isso, o estudo foi devidamente explicado aos voluntários e sua participação foi condicionada mediante a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer número 2.069.671/2017), CAEE 65119517.1.0000.5504.

Resultados

As características sociodemográficas dos cuidadores podem ser observadas na Tabela 2. No GID, a média de idade dos participantes foi de 52,2 anos ($\pm 15,3$), havendo prevalência do sexo feminino (88,2%), escolaridade média de 8,8 anos ($\pm 4,2$), 52,9% casados e 64,7% com renda mensal de um salário-mínimo. Pôde-se observar que 52,9% desses cuidadores eram filhos do receptor de cuidados e 64,7% moravam com eles. Com relação ao GC, a média de idade dos participantes foi de 55,1 anos ($\pm 18,2$), predominantemente do sexo feminino (95%), escolaridade média de 9,3 anos ($\pm 3,7$), casados (55%), renda mensal de até um salário-mínimo (70%) e, neste grupo, 60% dos voluntários eram filhos(as) e 65% deles moravam com o idoso.

Tabela 2. Informações demográficas dos grupos intervenção e controle. São Carlos-SP, 2018.

Variáveis	GID (n=17)	GC (n=21)	GID vs. GC
Idade	52,5 ($\pm 15,3$)	55,1 ($\pm 18,2$)	T=-0,458; p=0,650 ²
20-39 anos	11,8%	20,0%	
40-59 anos	64,7%	35,0%	
≥60 anos	23,5%	45,0%	
Gênero			p=0,350 ¹
Masculino	11,8%	5,0%	
Feminino	88,2%	95,0%	
Escolaridade	8,8 ($\pm 4,2$)	9,35 ($\pm 3,7$)	T=-0,359; p=0,722 ²
Analfabetos	5,9%	-	
1-4 anos	17,6%	20,0%	
5-8 anos	23,5%	30,0%	
≥9 anos	47,1%	45,0%	
Missings	5,9%	5,0%	

Tabela 2. Continuação...

Variáveis	GID (n=17)	GC (n=21)	GID vs. GC
Estado civil			NA
Solteiro	29,4%	35,0%	
Casado	52,9%	55,0%	
Viúvo	11,8%	5,0%	
Separado	5,9%	5,0%	
Renda individual			NA
<1 Salário-mínimo	11,8%	5,0%	
1 Salário-mínimo	64,7%	70,0%	
2 Salários-mínimos	17,6%	10,0%	
3 Salários-mínimos	5,9%	15,0%	
Renda familiar			NA
<1 Salário-mínimo	5,9%	-	
1 Salário-mínimo	41,2%	45,0%	
2 Salários-mínimos	35,3%	30,0%	
3 Salários-mínimos	17,6%	25,0%	
Parentesco			NA
Esposo(a)	17,6%	10,0%	
Filho(a)	52,9%	60,0%	
Neto(a)	11,8%	15,0%	
Outros	17,6%	15,0%	
Vive com o idoso?			
Sim	64,7%	65,0%	p=0,269 ¹
Não	35,3%	35,0%	

NA= Não avaliado. ¹Teste exato de Fisher para proporções. ²Teste T de *Student* para variáveis contínuas.

Com relação ao cuidado, pode-se observar na Tabela 3 que o GID teve uma média menor em anos de cuidado (5,7 anos) e em quantidade de horas diárias (15,3 horas) dedicada à atividade de cuidar quando comparadas ao GC (7,1 anos e 16,5 horas). Sobre as informações que o cuidador referiu ter em relação a DA e sobre o cuidado, os dois grupos apresentaram conhecimento suficientes (acima de 85%). No GID, a alimentação foi a atividade de cuidar mais referida pelos voluntários (88,2%), seguida pela higiene corporal (82,4%). No GC, a medicação (95%) e a ida a consultas médicas e alimentação (75%) são os cuidados mais prestados. Dentre as morbidades questionadas aos cuidadores, a mais incidentes no GID foi a Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em 29,4%, e no GC foram o Diabetes *Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica, representando 35,0%.

Tabela 3. Contexto do cuidado e incidência de morbidades dos grupos intervenção e controle. São Carlos-SP, 2018.

Variáveis	GID (n=17)	GC (n=21)	GID vs. GC
Tempo de cuidado	5,7 anos (±4,5)	7,1 anos (±4,5)	T=-0,905; p=0,372 ²
Dias da semana	6,0 (±1,2)	5,3 (±1,1)	T=-1,808; p=0,079 ²
Horas por dia	15,3 (±8,7)	16,5 (±8,1)	T=-0,413; p=0,682 ²
Informação Alzheimer			
Sim	88,2%	95,0%	p=0,584 ¹
Não	11,8%	5,0%	

Tabela 3. Continuação...

Variáveis	GID (n=17)	GC (n=21)	GID vs. GC
Informação cuidar			
Sim	94,1%	95,0%	p=0,715 ¹
Não	5,9%	5,0%	
Atividades de cuidar			
Higiene corporal	82,4%	55,0%	p=0,094 ¹
Higiene oral	70,6%	55,0%	p=0,498 ¹
Eliminações	70,6%	25,0%	p=0,009¹
Alimentação	88,2%	75,0%	p=0,416 ¹
Medicações	76,5%	95,0%	p=0,036¹
Sono/repouso	76,5%	60,0%	p=0,319 ¹
Fisioterapia	11,8%	20,0%	p=0,667 ¹
Consulta médica	70,6%	75,0%	p=0,526 ¹
Atividades			
Igreja	17,6%	40,0%	p=0,169 ¹
Grupos comunidade	5,9%	10,0%	p=0,562 ¹
Clubes	11,8%	10,0%	p=0,633 ¹
Assistência social	-	5,0%	NA
Outros	11,8%	-	NA
Morbidades			
Dislipidemias	-	-	NA
Hipertensão Arterial	29,4%	35,0%	p=0,498 ¹
Diabetes	17,6%	35,0%	p=0,209 ¹
Cardíaco	5,9%	5,0%	p=0,715 ¹
Osteoporose	11,8%	-	NA
Artrose	23,5%	5,0%	p=0,123 ¹
Coluna	5,9%	20,0%	p=0,225 ¹
Outras doenças	41,2%	45,0%	p=0,540 ¹
Total de morbidades	1,3 (±0,9)	1,3 (±0,8)	T=0,186; p=0,854 ²

NA= Não avaliado. ¹Teste exato de Fisher para proporções. ²Teste T de *Student* para variáveis contínuas.

As avaliações dos grupos pré e pós-intervenção foram realizadas de forma concomitante. Para o GID, foi orientada a realização do treino cognitivo de forma semanal, por 45 minutos, ao longo das 12 semanas. Para o GC, não foi determinado tempo para leitura da cartilha de educação e promoção de saúde. Todos os participantes foram acompanhados por meio de ligações para sanar suas dúvidas e conferir o respeito ao tempo estipulado.

A Tabela 4 apresenta informações sobre as variáveis avaliadas nos momentos pré e pós-intervenção. Quanto ao GID, observou-se melhora significativa entre os momentos pré e pós-intervenção na cognição geral apontada pelo MEEM (p=0,008) e pelo ACE-R (p=0,003). Houve melhora nos domínios cognitivos atenção e orientação (p=0,004), na memória (p=0,017) e na fluência verbal (p=0,023). Além disso, houve diferença significativa nas médias de estresse percebido (p=0,027) e sintomas de ansiedade (p=0,008) dos cuidadores após a intervenção. As médias de sintomas depressivos e sobrecarga desses cuidadores diminuíram, mas não de forma significativa.

Quanto ao GC, a fluência verbal foi o único domínio cognitivo com melhora significativa na reavaliação (p=0,007). As médias de estresse percebido (p=0,031) e de sintomas de ansiedade (p=0,049) dos cuidadores no GC também diminuíram de forma significativa.

Ao analisarmos a comparação entre os grupos intervenção e controle no momento pós-intervenção, houve diferença significativa na cognição geral pelo ACE-R ($p=0,012$) e no domínio atenção/orientação ($p=0,005$) quando comparados entre si. Além disso, foi observada uma diferença no domínio linguagem em ambos os momentos de pré ($p=0,029$) e pós-intervenção ($p=0,011$).

Tabela 4. Informações de desfecho antes e após intervenção dos grupos intervenção domiciliar e controle. São Carlos-SP, 2018.

Variáveis	GID (n=17)		Pré vs. pós ¹	GC (n=20)		Pré vs. pós ¹	GID vs. GC ²	GID vs. GC ²
	Pré	Pós		Pré	Pós			
ACE-R	82,2 (±10,9)	89,9 (±7,0)	T=-3,4; p=,003	80,8 (±13,4)	81,5 (±11,7)	T=-0,5; p=,613	T=0,4; p=,631	T=2,6; p=,012
Atenção/Orientação	16,0 (±1,2)	17,0 (±1,1)	T=-3,3; p=,004	15,5 (±2,6)	15,1 (±2,6)	T=0,8; p=,394	T=0,8; p=,413	T=3,0; p=,005
Memória	19,2 (±5,5)	22,1 (±2,9)	T=-2,6; p=,017	18,6 (±5,8)	19,9 (±4,4)	T=-2,0; p=,060	T=0,3; p=,717	T=1,7; p=,081
Fluência verbal	9,2 (±3,1)	11,4 (±2,0)	T=-2,5; p=,023	10,0 (±3,3)	10,8 (±2,8)	T=-3,0; p=,007	T=-0,7; p=,454	T=0,8; p=,427
Linguagem	24,6 (±1,6)	24,7 (±1,3)	T=-0,5; p=,608	22,9 (±2,8)	22,4 (±3,4)	T=0,6; p=,504	T=2,2; p=,029	T=2,7; p=,011
Viso-espacial	13,5 (±2,9)	14,4 (±2,0)	T=-1,4; p=,172	13,6 (±2,7)	13,1 (±3,4)	T=0,9; p=,358	T=0,1; p=,948	T=1,3; p=,172
MEEM	24,4 (±2,3)	26,0 (±1,4)	T=-3,0; p=,008	25,1 (±3,3)	25,6 (±2,6)	T=-0,8; p=,387	T=-0,4; p=,483	T=0,5; p=,577
Depressão	11,1 (±9,3)	7,0 (±6,0)	T=2,0; p=,059	9,9 (±6,0)	9,4 (±5,3)	T=0,5; p=,620	T=0,4; p=,646	T=-1,3; p=,202
Estresse	32,7 (±6,0)	29,0 (±5,6)	T=2,4; p=,027	33,7 (±6,2)	30,8 (±4,5)	T=2,3; p=,031	T=-0,4; p=,648	T=-1,0; p=,306
Ansiedade	11,4 (±9,5)	6,8 (±7,3)	T=3,0; p=,008	10,2 (±6,1)	8,6 (±4,5)	T=2,1; p=,049	T=0,4; p=,643	T=-0,8; p=,377
Sobrecarga	25,5 (±13,1)	22,4 (±12,2)	T=1,2; p=,247	28,9 (±15,5)	28,4 (±14,9)	T=0,2; p=,792	T=-0,7; p=,479	T=-1,1; p=,194

ACE-R= *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*; MEEM= Mini exame do estado mental. ¹Teste T para amostra pareadas. ²Teste T para amostras independentes.

Discussão

O perfil sociodemográfico deste estudo apontou que a maioria dos cuidadores possui faixa etária de 40 a 59 anos, sexo feminino, com nível de escolaridade superior a nove anos, estado civil casado, renda individual e familiar de um salário-mínimo, sendo representados, em sua maioria, por filhos(as) dos idosos que residiam com eles, corroborando com outras pesquisas na área (Cesário et al., 2017; Diniz et al., 2018).

O fator cultural atribuído à mulher no contexto do cuidado se refere à maior expectativa de vida e a propensão de serem mais jovens do que seus cônjuges. Além disso, a idade tem sido relacionada com o princípio tradicionalista da divisão sexual do trabalho, isto é, a mulher tem mais propensão a desempenhar os cuidados com os filhos e executar as tarefas domésticas, enquanto o homem fica responsável por fornecer suporte financeiro a família (Cesário et al., 2017).

Acerca do grau de escolaridade demonstrado nesse estudo, a maioria dos participantes eram representadas por pessoas com nove ou mais anos de escolaridade (GID - 47,1% e no GC - 45,0%), corroborando com os achados de outras pesquisas (Leite et al., 2017; Diniz et al., 2018). Esse é um fator essencial para o cuidado do idoso, já que a escolaridade constitui um fator que influencia no acesso à informação de qualidade, no gerenciamento de situações de estresse, além de disposições psicológicas e em atividades produtivas (Alexandre et al., 2014; Leite et al., 2017; Diniz et al., 2018).

Na perspectiva da relação conjugal dos cuidadores, a grande maioria foi expressa por cuidadores casados (52,9% - GDI) e (55,0% - GC). O mesmo ocorreu no estudo de Casemiro et al. (2016), no qual a maioria dos cuidadores possuíam relações estáveis. Deve ser observado que o cuidado do idoso se soma as outras tarefas e responsabilidades, como cuidar da casa, preparar as refeições e atender às solicitações dos filhos, podendo resultar em sobrecarga de atividades (Santos & Koetz, 2017). Em alguns casos, exercer o cuidado a longo prazo pode interferir na socialização do casal e na redução de visitas em seus lares, dada a dedicação, muitas vezes, exclusiva ao idoso (Santos & Koetz, 2017).

Sobre a convivência, a maioria dos cuidadores em ambos os grupos reside com o idoso, podendo ser algo positivo, pois o cuidado domiciliar proporciona o tratamento com proximidade e melhora assídua na recuperação, além da proximidade do cuidado e reforço dos laços afetivos (Santos & Koetz, 2017). No entanto, residir com o idoso faz com que a jornada de trabalho se eleve, podendo gerar maior sobrecarga ao cuidador (Martins et al., 2019).

A renda individual dos cuidadores foi representada em sua maioria por até um salário-mínimo, corroborando com o estudo de Aires et al. (2020), em que a maior parte dos cuidadores vive com renda própria, usada para suprir as despesas provenientes do cuidado do idoso. A sobrecarga financeira é um fator gerador de estresse e desgaste físico, pois, em alguns casos, os cuidadores são impossibilitados de adquirir trabalhos secundários ao cuidar, além de evidenciarem prejuízo no lazer e no convívio social (Aires et al., 2020).

Ao analisar o contexto dos cuidadores quanto ao tempo que exercem a função de ser cuidador, observa-se que, no GID, a média foi menor (5,7 anos) quando comparada ao GC (7,1 anos). Tal fato difere do estudo de Fagundes et al. (2017), em que a maioria dos cuidadores familiares de idosos com demência efetua o cuidado em um período entre 1 a 5 anos. Quanto à média da quantidade de horas dedicadas ao cuidar, foi menor no GID (15,3 horas) quando comparada ao GC (16,5 horas). Contudo, o presente trabalho se assemelha ao estudo de Aravena & Alvarado (2010), já que estes autores consideram que a sobrecarga em cuidadores informais se associa a uma carga horária de mais de oito horas de trabalho. O maior tempo dedicado ao cuidado, somado à realização de inúmeras tarefas, constitui um obstáculo para a busca de suporte pelos cuidadores informais, levando a dificuldades no acesso aos serviços de saúde que acarretam em consequências negativas a esses indivíduos (Leite et al., 2017; Martins et al., 2019).

Acerca das informações em relação à DA e sobre o cuidado, os dois grupos apresentaram conhecimento suficientes (acima de 85%), estando de acordo com o estudo de Santos et al. (2018). Quanto à presença de morbidades nos cuidadores, a mais prevalente no GID foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (29,4%) e no GC foram o Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica (representando 35,0%). Estes dados corroboram com os achados de um estudo realizado no Rio de Janeiro com 94 cuidadores de idosos com demência, em que 46,7% dos cuidadores tinham Hipertensão Arterial Sistêmica e 15,2%, Diabetes (Leite et al., 2017). É importante destacar que alguns cuidadores já se encontravam em idade avançada,

demonstrando a necessidade da colaboração de outras pessoas para manter o cuidado e a importância de monitorar a saúde dos cuidadores.

Sobre as atividades que demandam mais atenção dos cuidadores, no GID, foram relatadas principalmente alimentação (88,2%) e higiene corporal (82,4%), enquanto no GC foram a medicação (95%), ida em consultas médicas (75%) e alimentação (75%). Os cuidadores enfrentam responsabilidades diárias exigidas pelo cuidado e que, associadas a outras tarefas, podem resultar no aumento da probabilidade de sobrecarga nessa população (Cesário et al., 2017). Além disso, esse fator é somado devido às atribuições desempenhadas em um idoso que possui transtornos comportamentais e mentais, tornando o cuidador vulnerável a desfechos negativos (Cesário et al., 2017). O estudo de Aires et al. (2020) demonstrou que os cuidadores se sentiam sobrecarregados pelo fato de desempenharem variadas atividades de cuidado do idoso no domicílio, como incumbências do próprio domicílio e administração financeira, assim gerando acúmulo de tarefas.

A intervenção realizada com os cuidadores demonstrou ser eficiente na melhora nos domínios cognitivos memória e fluência verbal, além da cognição geral identificada pelo ACE-R e pelo MEEM. Intervenções com as mesmas características desta atual pesquisa devem ser estimuladas como instrumento para melhora cognitiva dessa população, uma vez que o prejuízo da cognição pode levar a desfechos adversos, como sintomas ansiosos e depressivos, isolamento social, alterações de humor, entre outros (Castro & Souza, 2016).

O estudo de Gates et al. (2011) realizou uma revisão sistemática sobre a eficácia das estratégias de treino cognitivo em pessoas com transtornos neurocognitivos leves, demonstrando resultados positivos em diferentes variáveis analisadas, indicando a viabilidade dessa ferramenta para a melhora do desempenho cognitivo. Uma pesquisa realizada com idosos saudáveis submetidos ao treino cognitivo observou melhora na cognição geral avaliada pelo ACE-R ($p=0,082$), além dos sintomas de depressão ($p=0,048$) e de ansiedade ($p=0,002$), semelhantes aos achados deste estudo (Casemiro et al., 2016).

De acordo com os resultados, a sobrecarga dos cuidadores não obteve melhora significativa após a intervenção. Este resultado pode ser atribuído ao fato de que a oferta da intervenção pelo período de 12 semanas não tenha sido suficiente para atingir o nível de melhora da sobrecarga.

Por outro lado, o presente estudo apontou melhora na avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão dos cuidadores após a intervenção. De acordo com Lopes & Cachioni (2013), as intervenções psicoeducativas têm um impacto positivo sobre a diminuição da sobrecarga, depressão, ansiedade, promoção do bem-estar e autoconhecimento acerca das demandas do cuidado. O mesmo pode ser observado no estudo de Blom et al. (2015), em que os cuidadores familiares demonstraram sintomas reduzidos de ansiedade e depressão após uma intervenção realizada pela internet. Isso corrobora com os resultados desse estudo, visto que, após a intervenção, efeitos positivos foram observados sobre os sintomas de ansiedade dos cuidadores.

Neste estudo, ambos os grupos tiveram melhora no estresse percebido; porém, os cuidadores informais no GID evidenciaram melhor média. Segundo um estudo que avaliou o estresse e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos portadores de DA, estratégias de enfrentamento do estresse para cuidadores de idosos são fundamentais, pois auxiliam a compreender o bem-estar psicológico (Cesário et al., 2017). Fatores como sentimento de sobrecarga decorrente de maior carga horária dedicada ao cuidar, complexidade do cuidado e por desconsiderarem suas próprias necessidades podem gerar

aumento na probabilidade desses indivíduos manifestarem sintomas depressivos e ansiosos (Nobre et al., 2015).

Vale ressaltar que os participantes do GC também tiveram melhoras significativas nos sintomas de ansiedade e estresse. Este achado pode estar relacionado ao fato deste grupo ter recebido orientações para utilização da cartilha educativa criada para o estudo, com informações de promoção de saúde fundamentadas pelo site da Associação Brasileira de Alzheimer.

A atuação da terapia ocupacional no estímulo e treino das habilidades cognitivas por meio da utilização de ferramentas como exercícios de concentração, percepção, psicoeducação e reminiscência pode facultar a aquisição, associação, armazenamento e evocação de observações e informações, demonstrando a fundamental importância da área em aspectos de prevenção, tratamento e reabilitação tanto das pessoas que vivem com a doença de Alzheimer quanto de seus cuidadores, possibilitando que estes aprimorem seu desempenho funcional, cognitivo e ocupacional em atividades cotidianas, permanecendo independentes e autônomos pelo maior período de tempo possível (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2021).

Algumas limitações deste estudo foram o pequeno tamanho da amostra, pois poucos cuidadores aceitaram participar da pesquisa, além da escassez de estudos que demonstram efeitos da aplicação de intervenções cognitivas com cuidadores, sendo diferentes os métodos para avaliação e variedade de treinos utilizados nas pesquisas, o que dificulta a discussão e comparações dos resultados.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa demonstraram que a intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo domiciliar causou efeitos positivos na melhora do desempenho cognitivo, em especial nos domínios memória, atenção, orientação e linguagem, além dos sintomas de estresse percebido e de ansiedade de cuidadores informais de idosos com a doença de Alzheimer.

Estratégias de intervenção com avaliações para verificar seus efeitos são fundamentais para compreensão do impacto real sobre a saúde desses cuidadores, viabilizando e evidenciando a necessidade da Gerontologia em consonância com a equipe de saúde, visando o cuidado não apenas aos idosos, mas também àqueles que se dedicam à atividade de cuidar.

Neste sentido, o presente estudo pode contribuir com investigações futuras para o desenvolvimento de intervenções domiciliares para cuidadores, de forma que possam favorecer a sua saúde física e mental.

Referências

- Aires, M., Fuhrmann, A. C., Mocellin, D., Pizzol, F. L. F. D., Sponchiado, L. F., Marchezan, C. R., Bierhals, C. C. B. K., Day, C. B., Santos, N. O. D., & Paskulin, L. M. G. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(Esp), 01-10.
- Alcantara, M., Mattos, E. B. T., & Novelli, M. M. P. C. (2019). Oficina de Memória Sensorial: um relato de experiência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 208-216. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1172>.

- Alexandre, T., Corona, L. P., Nunes, D. P., Santos, J. L., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2014). Similarities among factors associated with components of frailty in elderly: SABE Study. *Journal of Aging and Health, 26*(3), 441-457. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313519818>.
- Aravena, V. J., & Alvarado, O. S. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería, 15*(2), 111-120.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
- Blom, M. M., Zarit, S. H., Zwaafink, R. B. G., Cuijpers, P., & Pot, A. M. (2015). Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PLoS One, 10*(2), e0116622. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116622>.
- Campos, C. R. F., Carvalho, T. R., Barham, E. J., Andrade, L. R. F., & Giannini, A. S. (2019). Entender e envolver: avaliando dois objetivos de um programa para cuidadores de idosos com Alzheimer. *PSICO, 50*(1), e29444.
- Caparrol, A. J. S., Casemiro, F. G., Correa, L., Monteiro, D. Q., Sanchez, M. G. A. P., Santos, L. R. B., & Gratão, A. C. M. (2018). Intervenção cognitiva domiciliar para cuidadores de idosos com Alzheimer. *Revista de Enfermagem UFPE, 12*(10), 2659-2666.
- Carvalho, V. A., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2010). Brazilian version of the Addenbrooke Cognitive Examination-revised in the diagnosis of mild Alzheimer disease. *Cognitive and Behavioral Neurology, 23*(1), 8-13. <http://dx.doi.org/10.1097/WNN.0b013e3181c5e2e5>.
- Casemiro, F. G., Rodrigues, I. A., Dias, J. C., Alves, L. C. S., Inouye, K., & Gratão, A. C. M. (2016). Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em idosos de uma universidade aberta para terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19*(4), 683-694.
- Castro, L. M., & Souza, D. N. (2016). Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Revista Interações, 42*(1), 150-162.
- Cesário, V. A. C., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Claudino, K. A. (2017). Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da Doença de Alzheimer. *Revista Saúde e Debate, 41*(112), 171-182.
- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO. (2021). *Terapia Ocupacional no cuidado do paciente com Alzheimer*. Recuperado em 07 de maio de 2021, de <https://www.crefito9.org.br/noticias/artigo-terapia-ocupacional-no-cuidado-do-paciente-com-alzheimer/1337>
- Cunha, J. Á. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, M. A. A., Gaioli, C. C. L. O., Casemiro, F. G., Melo, B. R. S., Gratão, A. C. M., Figueiredo, L. C., & Neri, C. H. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*(11), 3789-3798. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>.
- Fagundes, T. A., Pereira, D. A. G., Bueno, K. M. P., & Assis, M. G. (2017). Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 25*(1), 159-169. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0818>.
- Falcão, D., Braz, M., Garcia, C., Santos, G., Yassuda, M., Cachioni, M., Nunes, P., & Forlenza, O. (2018). Atenção psicogerontológica aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. *Psicologia, Saúde & Doenças, 19*(2), 377-389.
- Fernandes, M. G. M., & Garcia, T. R. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem, 62*(1), 57-63.
- Fialho, P. P. A., Koenig, A. M., Santos, M. D. L., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2012). Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 70*(10), 786-792.
- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Singh, M. A. F., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics, 11*(51), 1-14.
- Irigaray, T. Q., Gomes Filho, I. G., & Schneider, R. H. (2012). Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(1), 182-187.

- Leite, B. S., Camacho, A. C. L. F., Jacoud, M. V. L., Santos, M. S. A. B., Assis, C. R. C., & Joaquim, F. L. (2017). Relação do perfil epidemiológico dos cuidadores de idosos com demência e sobrecarga do cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 4(22), 01-11.
- Leung, P., Yates, L., Orgeta, V., Hamidi, F., & Orrell, M. (2017). The experiences of people with dementia and their carers participating in individual cognitive stimulation therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), e34-e42. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4648>.
- Lopes, C. C., Oliveira, G. A., Stigger, F. S., & Lemos, A. T. (2020). Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(1), 98-106. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X202028010184>.
- Lopes, L. O., & Cachioni, M. (2013). Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicossocial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 443-460. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300004>.
- Luft, C. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>.
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. S., Santos, P. T. A., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 23(2), 01-10.
- Nobre, I. D. N., Lemos, C. S., Pardini, A. C. G., Carvalho, J., & Salles, I. C. D. (2015). Ansiedade, depressão e desesperança no cuidador familiar de pacientes com alterações neuropsicológicas. *Acta Fisiátrica*, 22(4), 160-165.
- Oliveira, D. C., & Marques, T. V. B. (2019). *Repercussões do Alzheimer nos cuidadores: uma análise sobre as consequências sofridas pelos cuidadores* (Monografia). Centro Universitário Cesmac, Maceió.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado em 27 de outubro de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Santos, B. E., & Koetz, L. C. E. (2017). O perfil socioepidemiológico e a autopercepção dos cuidadores familiares sobre a relação interpessoal e o cuidado com idosos. *Revista Acreditação*, 7(13), 115-132.
- Santos, R. L., Sousa, M. F. B., Brasil, D., & Dourado, M. (2018). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 161-167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009>.
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of care in cares of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 12-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>.
- Seima, M. D., Lenardt, M. H., & Caldas, C. P. (2014). Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 233-237. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140031>.
- Silva, C. F., Passos, V. M. A., & Barreto, S. M. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 707-731. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400011>.
- Soares, N. M., Pereira, G. M., Figueiredo, R. I. N., Soares, N. M., Almeida, R. M. M., & Portela, A. S. (2017). Impacto econômico e prevalência da Doença de Alzheimer em uma capital brasileira. *Ciência & Saúde*, 10(3), 133-138. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2017.3.25036>.

Contribuição dos Autores

Ana Julia de Souza Caparrol foi responsável pela concepção e delineamento do projeto, coleta e análise dos dados e redação do artigo. Gabriela Martins foi responsável pela redação do artigo, coleta e interpretação dos dados. Gustavo Carrijo Barbosa foi responsável pela revisão crítica e redação do artigo. Aline Cristina Martins Gratão foi responsável pela revisão

crítica do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.
Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Fonte de Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
(FAPESP) - Processo número 2017/03522-9.

Autor para Correspondência

Ana Julia de Souza Caparrol
e-mail: caparrol.ana@gmail.com

Editora de seção

Profª. Dra. Marcia Maria Pires Camargo Novelli