

Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática

Psychoeducational intervention for caregivers of elderly with dementia: a systematic review

Lais de Oliveira Lopes¹, Meire Cachioni²

RESUMO

Objetivo: Identificar modelos de intervenções psicoeducacionais e os seus efeitos em cuidadores de idosos com demência. **Métodos:** Levantamento de estudos publicados entre janeiro de 2000 e abril de 2012 nas bases de dados PubMed, Web of Knowledge, Lilacs e SciELO, utilizando as seguintes palavras-chave “psychoeducational and caregiver”, “cuidador e demência e psicoeducação” e “cuidador e intervenção”. Apenas os artigos que denominavam a intervenção estudada como psicoeducação fazem parte do presente estudo. **Resultados:** Foram encontrados 27 artigos com relatos acerca do impacto de intervenções psicoeducacionais em cuidadores de idosos com demência. Os resultados mais prevalentes desses estudos são: melhora do bem-estar dos cuidadores (37% dos estudos); aumento do uso de estratégias de enfrentamento (30%); diminuição de pensamentos disfuncionais (30%); aumento do conhecimento sobre os serviços disponíveis (19%); melhora da autoeficácia (15%); e aumento de habilidades para o cuidado (11%). A abordagem psicoeducacional descrita nos estudos é do âmbito informativo, cognitivo-comportamental, com técnicas de gerenciamento de estresse e de emoções; técnicas de resolução de problemas e apoio emocional. **Conclusão:** A intervenção psicoeducacional contribui significativamente para a melhora do bem-estar do cuidador, contudo ainda é necessária uma padronização dessa abordagem, em termos de estrutura, duração e conteúdos ministrados, para que haja evidências mais precisas do efeito desse tipo de intervenção.

Palavras-chave

Cuidadores, idosos, demência, psicoeducação.

ABSTRACT

Objective: Identify models of psychoeducational interventions and the effect of these interventions on caregivers of elderly with dementia. **Methods:** Search of articles at PubMed, Web of Knowledge, Lilacs and SciELO from January 2000 to April 2012, using the following keywords “psychoeducational and caregiver”, “caregiver and dementia and psychoeducational”, “caregiver and intervention”. We selected only articles that named the intervention studied as psychoeducation. **Results:** We found 27 articles that showed the impact of psychoeducational intervention on caregivers of elderly with dementia. The results of these studies

Recebido em
1/6/2012
Aprovado em
14/8/2012

1 Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades; Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp/FCM), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.
2 USP, Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

Endereços para correspondência: Meire Cachioni
Av. Arlindo Béttio, 1000, edifício I1, sala 251 E, Ermelino Matarazzo
03828-000 – São Paulo, SP, Brasil
Telefone: (11) 9752-0818
E-mail: meirec@usp.br

Lais de Oliveira Lopes
Al. Gaspar Nogueira, 162, ap. 32 Sky, Bairro Jardim
09090-010 – Santo André, SP, Brasil
Telefone: (11) 6702-5395
E-mail: laloliv@hotmail.com

Keywords

Caregivers, elderly, dementia, psychoeducation.

that were most prevalent: improved well-being of caregivers (37% of studies), increased use of coping strategies (30%), fewer dysfunctional thoughts (30%) increase knowledge about available services (19%), improved self-efficacy (15%) and increased skills for care (11%). The psychoeducational approach that was found in studies was about information, cognitive-behavioral techniques for managing stress and emotions, problem-solving techniques and emotional support. **Conclusion:** A psychoeducational intervention contributes significantly to improved well-being of the caregiver, however, it is necessary a consensus for the standardization of this approach in terms of structure, length and content covered, so there is more evidence of the precise effect of these intervention.

INTRODUÇÃO

Os idosos representam um contingente significativo no total da população brasileira, acarretando importantes demandas sociais, econômicas e de saúde. Nesse contexto, verifica-se a incidência de doenças crônico-degenerativas, em especial os processos demenciais. As demências causam um grande impacto na estrutura familiar, pois trazem sobrecarga emocional a todo núcleo, sendo, portanto, consideradas doenças familiares, que impõem a necessidade de haver programas e medidas de apoio, tanto para a pessoa demenciada quanto para os seus cuidadores¹.

Alguns estudos apontam que cuidar de idosos com demência pode ser mais estressante que cuidar de idosos fisicamente frágeis, por causa de problemas específicos dos pacientes demenciados, tais como a mudança comportamental, a desorientação ambiental e a progressiva dependência na execução de tarefas do cotidiano². No ambiente doméstico, os cuidadores familiares são confrontados com múltiplas tarefas que evoluem em todo o processo da doença. O nível de dependência aumenta à medida que a doença progride – nos estágios iniciais o suporte é necessário apenas para atividades instrumentais da vida diária, mas a necessidade de cuidados tende a ser maior à medida que a doença avança, até que a fiscalização ao idoso demenciado se torna constante³.

Cuidar de pessoas idosas com demência é uma tarefa difícil que requer, do cuidador, muito tempo, energia e até esforço físico. Geralmente, a doença progride lentamente e, por isso, os membros da família têm de prestar cuidados por muitos anos e por isso ficam expostos a níveis elevados de estresse por longos períodos de tempo. Some-se a isso a fadiga crônica decorrente de longas horas de atendimento ao familiar, sem períodos de descanso⁴.

A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência⁵. Estudos mostram que os cuidadores estão em maior risco de morbidade psicológica e física e funcionamento social prejudicado, o que compromete a sua capacidade de cuidar de um membro familiar idoso⁶. Sabe-se atualmente que as pessoas que prestam o cuidado têm pior saúde emocional se comparadas com os não cuidadores⁷.

Os resultados de uma metanálise realizada por Pinquart e Sörensen³ mostraram que os cuidadores são mais estressados, mais deprimidos, têm níveis menores de bem-estar subjetivo e de senso de autoeficácia e pior saúde física em comparação com os não cuidadores. Resultados semelhantes também foram encontrados na pesquisa feita por Fernandes e Garcia⁸, em que foi mostrado que cuidadores têm altos níveis de sintomas depressivos, ansiedade, baixa autoestima, culpa, ressentimento e irritabilidade emocional.

Em decorrência da sobrecarga, os cuidadores também podem desenvolver sintomas físicos, como hipertensão arterial, desordem digestiva, doenças respiratórias e mais propensão a infecções^{9,10}. Outras consequências observadas foram: mais hospitalização e aumento de institucionalização dos pacientes, além de maior mortalidade¹¹.

As evidências acumuladas sobre os impactos pessoais, sociais e de saúde do cuidador deram origem a estudos de intervenção que visam diminuir o estresse do cuidador. A literatura aponta alguns tipos de intervenções utilizadas com cuidadores de idosos demenciados: grupo de aconselhamento, grupo de apoio, psicoterapia, intervenção multicomponente e intervenção psicoeducacional. Uma metanálise feita por Sörensen *et al.*¹², com base em 78 estudos sobre intervenções com cuidadores, mostrou que, ao comparar com outras modalidades de intervenção (como grupo de treinamento, gestão de caso/aconselhamento, grupo de apoio, entre outros), as intervenções psicoeducacionais tiveram efeitos mais consistentes, como redução da sobrecarga e da depressão, melhora do bem-estar subjetivo, aumento de habilidades e conhecimentos dos cuidadores e gerenciamento mais eficaz dos sintomas dos idosos que recebiam o cuidado.

Grupos psicoeducacionais orientam o manejo do cuidado e o aumento do bem-estar dos cuidadores à medida que transmitem conhecimentos que podem melhorar a regulação das emoções. Conforme Figueiredo *et al.*¹³, a psicoeducação é caracterizada por ser limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na resolução de problemas. É uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, partindo do pressuposto de que as cognições gerenciam as emoções e os comportamentos. Para esses autores, educar os pacientes e familiares é funda-

mental, pois as informações sobre a patologia contribuem para a identificação dos pensamentos e comportamentos distorcidos que estão na base da aflição e sofrimento. Tal intervenção é tão mais importante quando há carência de informações básicas ou treinamento formal adequado para os familiares e para a comunidade sobre o manejo diário adequado dos indivíduos¹⁴.

Diante dessa realidade, realizou-se uma revisão de literatura com o objetivo de identificar modelos e características de intervenções psicoeducacionais e o efeito dessa modalidade em cuidadores de idosos com demência.

MÉTODOS

Foi feito levantamento de estudos publicados entre janeiro de 2000 a abril de 2012 sobre o impacto de intervenções psicoeducacionais em cuidadores de idosos com demência. Para tanto, utilizaram-se as bases de dados PubMed, Lilacs, Web of Knowledge e SciELO, por meio das seguintes palavras-chave: *psychoeducational and caregiver, caregiver and dementia and psychoeducational, caregiver and intervention and dementia* e os termos equivalentes em português.

Foram incluídos no estudo artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, que denominavam a intervenção estudada como psicoeducação e que mostravam o impacto dessa intervenção em cuidadores de idosos com demência. Foram excluídos os artigos de revisão, cartas ao editor e estudos de intervenções psicoeducacionais relacionadas com outras patologias, tais como esquizofrenia, transtornos bipolares e câncer.

Após a leitura dos artigos selecionados, buscou-se identificar estudos relevantes a partir das referências bibliográficas. Os trabalhos encontrados foram lidos na íntegra e analisados quanto aos objetivos, tipo de estudo, características da amostra e resultados significativos.

RESULTADOS

Foram encontrados 137 artigos na base PubMed e incluídos apenas 23. Na base Web of Knowledge, de 147 artigos encontrados, seis foram incluídos. Na base Lilacs, apenas dois artigos de 103 artigos foram incluídos; na base SciELO, apenas um de 47 artigos encontrados. Retiradas as referências cruzadas em mais de uma base, e considerando os critérios de inclusão e exclusão citados, foram selecionados 32 estudos, dos quais cinco foram excluídos por não ter sido possível encontrar o texto integral (Quadro 1).

Os estudos encontrados (n = 27) apresentaram diferentes tipos de abordagens de intervenções psicoeducacionais, e o tamanho da amostra de cuidadores variou de no mínimo 13 a no máximo 367. A média amostral correspondeu a 92,3

e a mediana a 66 cuidadores. Em todos os estudos analisados, a intervenção foi realizada com cuidadores familiares (Quadro 2).

Em 37% (n = 10) dos estudos houve melhora significativa no aumento do bem-estar dos cuidadores (diminuição dos sintomas depressivos); em 30% (n = 8), aumento do uso de estratégias de enfrentamento; (30%) diminuição de sentimentos disfuncionais (como raiva, hostilidade e ansiedade); aumento do conhecimento sobre os serviços disponíveis (19%, n = 5); melhora do senso de autoeficácia (15%, n = 4); menor sobrecarga do cuidado (11%, n = 3); diminuição do nível de estresse (11%, n = 3); aumento da habilidade em como lidar com o idoso (11%, n = 2); melhora na resposta autoimune (7%, n = 2); maior conhecimento sobre o processo da doença (4%, n = 1); melhora na qualidade de vida dos cuidadores (4%, n = 1); melhora no autocuidado (4%, n = 1); mudança de crença sobre o cuidado (4%, n = 1); aumento do sofrimento psicológico (4%, n = 1). Quanto a esse último estudo, foi realizada intervenção em um único dia, com 5 horas de duração, de informação e de troca de experiências.

As intervenções dos estudos analisados tiveram grande variabilidade de tempo, tendo durado entre um mínimo de 2,5 horas e o máximo de 45 horas. As intervenções com duração de até 15 horas foram encontradas em 12 estudos (44%); entre 16 horas e 30 horas, em 10 estudos (37%); e mais de 31 horas, apenas em dois estudos (7%). Três estudos não informaram a quantidade de horas das intervenções, somente a quantidade de semanas: 8, 10 (uma sessão semanal), 24 (duas visitas e um contato telefônico por semana).

Quadro 1. Seleção dos estudos avaliados

Domínios	Crítérios de exclusão	Excluídos
	N = 1.134	
	↓	
Desenho do estudo	Revisão, metanálise ou sem casuística	126
	N = 1.008	
	↓	
Idioma	Diferentes de português, inglês e espanhol	13
	N = 995	
	↓	
Intervenção	Intervenção não psicoeducacional	166
	Sem intervenção	236
	N = 593	
	↓	
Participantes do grupo	Apenas pacientes	352
	Familiares de pacientes com outras patologias	209
	N = 32	
	↓	
Estudo completo	Não encontrados artigos na íntegra	5
	↓	
	N = 27	

Quadro 2. Dados de estudos encontrados entre janeiro de 2000 ao mês de maio de 2012 sobre intervenções psicoeducacionais em cuidadores de idosos com demência

Estudo	População/ Avaliação	Abordagem	Características da intervenção psicoeducacional	Instrumentos	Resultados
Morano e Bravo ⁴¹	20 cuidadores familiares Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo Duração: 5 dias, 20 horas	Conteúdos informativos sobre o processo da DA, manejo do comportamento do paciente, serviços e programas voltados a pacientes com demência e cuidadores; assuntos legais, tais como procurações, tutela	<i>Caregiver Knowledge Survey</i>	Maior conhecimento sobre a doença e serviços disponíveis
Garand <i>et al.</i> ²⁸	58 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento* Grupo controle	Apoio emocional, técnicas de gerenciamento de estresse e resolução de problemas Duração: 24 semanas (2 visitas e um contato telefônico por semana)	A intervenção foi centrada no apoio psicológico e na instrução em técnicas comportamentais que visam diminuir comportamentos problemáticos do paciente, como a redução de estressores ambientais, compensando disfunção executiva e os déficits de comunicação, e permitindo um limiar de estresse reduzido	<i>Profile of Mood State Scale</i> , exames laboratoriais	Melhora da resposta autoimune
Hepburn <i>et al.</i> ³⁵	140 cuidadores familiares Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo Duração: 12 horas	Introdução aos cuidadores familiares sobre o papel de cuidar, proporcionando-lhes os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para realizar esse papel e alertando-os para questões de autocuidado	<i>CBS, CES-D, Mastery Scale, Beliefs about caregiving Scale</i>	A sobrecarga e as crenças sobre cuidado mudaram significativamente, indicando melhor bem-estar dos cuidadores
Hosaka e Sugiyama ²⁹	20 cuidadores familiares Avaliação pré- e pós-intervenção	Técnicas de gerenciamento de estresse e resolução de problemas Duração: 5 semanas, 7 horas	A intervenção se iniciou com uma palestra intitulada "Conceito Geral de Estresse" por meio de uma abordagem psicoeducacional. As sessões eram baseadas em treinamento de relaxamento (relaxamento muscular progressivo) e técnicas de resolução de problemas	<i>Profile of Mood State Scale</i> , exames laboratoriais, <i>GHQ-30</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores (diminuição dos sintomas depressivos), diminuição de sentimentos como raiva, hostilidade, ansiedade (pensamentos disfuncionais), melhor resposta da função imune
Gallagher-Thompson <i>et al.</i> ³⁶	213 cuidadoras do sexo feminino Avaliação pré- e pós-intervenção e grupo controle	Técnicas de gerenciamento de estresse Duração: 10 semanas, 20 horas	Objetivou ensinar habilidades cognitivo-comportamentais para gerenciar o humor, dando ênfase na redução dos afetos negativos e aprendendo a relaxar na situação estressante. Ênfase no aumento de humor positivo mediante a aquisição dessas habilidades	<i>Revised Ways of Coping Checklist</i> , Escala Katz, Escala Lawton, <i>CES-D</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição dos sintomas depressivos, aumento do uso de estratégias de enfrentamento
Coon <i>et al.</i> ²⁴	169 cuidadoras do sexo feminino Avaliação pré- e pós-intervenção e grupo controle	Técnicas de gerenciamento de estresse Duração: 8 semanas, 16 horas	Os grupos dividiram-se em dois: controle de raiva e controle de depressão. Eram baseados em treinamentos para ajudar e ensinar cuidadores a terem o autocontrole sobre suas emoções	<i>MEEM, Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy, STAXI, MAACL, Ways of Coping Checklist</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores, aumento do uso de estratégias de enfrentamento, diminuição de sentimentos como raiva, hostilidade, ansiedade (pensamentos disfuncionais) e melhora da autoeficácia
Hébert <i>et al.</i> ³³	118 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção Grupo controle	Técnicas de gerenciamento de estresse Duração: 15 semanas, 30 horas	Conteúdo abordado em dois eixos: avaliação cognitiva de estressores (4 sessões) e estratégias de enfrentamento (11 sessões), com objetivo de determinar quais estratégias são mais adequadas em função da mutabilidade de fatores de estresse	<i>Ilfeld Psychiatric Symptoms Index, RMPBC, JSSB, State, ZBI</i>	Diminuição nas reações dos cuidadores aos problemas comportamentais dos pacientes
Losada-Baltar <i>et al.</i> ³⁰	31 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e grupo controle	Técnicas de resolução de problemas e técnicas de gerenciamento de emoções Duração: 8 semanas, 16 horas	Visou à modificação dos pensamentos disfuncionais sobre cuidado e à formação de habilidades para resolver problemas dos cuidadores, com o objetivo de modificar os problemas comportamentais dos seus familiares	<i>CBS, PSQ, PSS, CPD, RMBPC</i>	Diminuição de sentimentos como raiva, hostilidade, ansiedade (pensamentos disfuncionais) e de estresse percebido
Ducharme <i>et al.</i> ³⁴	137 cuidadoras do sexo feminino Avaliação pós-intervenção e seguimento	Técnicas de gerenciamento de estresse e planejamento do cuidado Duração: 10 semanas, 15 horas	O programa abrange os seguintes temas: sentir-me à vontade ao visitar meu parente; expressar meu ponto de vista aos profissionais de saúde, evitar o sofrimento emocional; lidar com pequenas perdas diárias e estar preparado para a perda definitiva do meu parente; identificar e pedir ajuda para os serviços de rede e da comunidade; e reorganizar a minha vida após a institucionalização do meu parente e cuidar de mim mesmo	<i>SAM, Psychological Distress Index, Perceived Caregiver-Role Scale, CAMI</i>	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento, conhecimento sobre os serviços disponíveis

continuação

Estudo	População/ Avaliação	Abordagem	Características da intervenção psicoeducacional	Instrumentos	Resultados
Lavoie <i>et al.</i> ³²	30 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Técnicas de gerenciamento de estresse e resolução de problemas Duração: 15 semanas, 30 horas	Os participantes aprenderam com precisão a avaliar uma determinada situação estressante e a identificar os tipos de estressores envolvidos, em particular, se eram modificáveis ou não modificáveis. Estratégias de resolução de problemas deveriam ser escolhidas quando o estressor é modificável e estratégias centradas na emoção (reenquadramento) deveriam ser escolhidas quando não são modificáveis	Entrevistas semiestruturadas	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento. O reenquadramento foi a estratégia de enfrentamento mais utilizada
Rabinowitz <i>et al.</i> ²⁵	213 cuidadoras do sexo feminino Avaliação pré- e pós-intervenção	Técnicas de gerenciamento de estresse e resolução de problemas Duração: 10 semanas, 20 horas	A intervenção ensinou habilidades para gerenciar o comportamento e o humor, reduzindo afetos negativos, por meio de técnicas de relaxamento em situações estressantes e aumentando o humor positivo, desenvolvendo estratégias para engajar-se em atividades prazerosas	<i>RMBPC, Self-Efficacy Scale, ISSB, State, CES-D</i>	Melhora da autoeficácia
Perren <i>et al.</i> ⁴²	128 cuidadores Avaliação pós-intervenção e seguimento Grupo controle	Caráter informativo Duração: 8 semanas	Os conteúdos visaram: oferecer conhecimentos sobre sintomas de demência e o curso da doença; fortalecer a auto percepção para melhorar o autocuidado; otimizar a dinâmica de relacionamento entre paciente e cuidador; e aumentar a competência social dos cuidadores para solicitar apoio social e ajuda formal	<i>SEIQoL, Positive Affect and Negative Affect Schedule</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores
Onor <i>et al.</i> ⁴³	16 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento	Caráter informativo e trocas de experiências Duração: 16 semanas, 16 horas	Eram fornecidas informações sobre o processo da doença, medicamentos, progressão e estágios da DA, sintomas comportamentais. O grupo dirigiu-se aos problemas de enfrentamento e depois às emoções, ao estresse e aos sentimentos vivenciados pelos cuidadores	<i>Brief Symptom Inventory</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição da ansiedade, aumento do uso de estratégias de enfrentamento
Martín-Carrasco <i>et al.</i> ³¹	115 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento Grupo controle	Técnicas de gerenciamento de estresse e resolução de problemas Duração: 8 semanas, 12 horas	Informação sobre a doença. Os cuidadores foram ensinados a controlar a tensão e o estresse decorrentes da tarefa de cuidar e também a lidar com problemas de comportamento do paciente. Incorpora elementos de orientação cognitivo-comportamental, tais como treinamento, técnicas de reestruturação cognitiva e resolução de problemas	<i>ZBI, SF-36 Health Survey Questionnaire, GHQ-28</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição da sobrecarga, aumento do uso de estratégias de enfrentamento
Phillips <i>et al.</i> ³⁹	83 cuidadoras Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento Grupo controle	Caráter informativo e trocas de experiências Duração: 15 semanas	A intervenção se concentrou na identificação do ideal, aconselhamento sobre leis, reenquadramento da situação de cuidado e estratégias de cuidado não confrontacional, foi individualizada e altamente interativa	<i>Conflict Tactic Scale, CBS</i>	Diminuição da frequência de agressão verbal/psicológica dos pais ou maridos às cuidadoras
Stern <i>et al.</i> ⁴⁰	66 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento Grupo controle	Caráter informativo Duração: 4 semanas, 8 horas	Conteúdos: processo da DA, mudanças físicas e comportamentais do paciente, as dificuldades em dirigir. Objetivou ajudar os participantes a considerar os benefícios secundários de dirigir, sua relação com a qualidade de vida, e as possíveis formas de garantir a continuidade desses benefícios quando o indivíduo deixa de dirigir	<i>Driving-Related Self-Efficacy scale, Self-Efficacy Scale, Brief COPE scale</i>	Melhora da autoeficácia
Won <i>et al.</i> ²⁶	118 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Técnicas de gerenciamento de estresse e de emoções Duração: 6 semanas, 9 horas	Conteúdos: como cuidar de si, identificar e reduzir o estresse pessoal, comunicar sentimentos, necessidades e preocupações, comunicar-se em situações desafiadoras, aprender com as emoções e dominar decisões do cuidado	<i>MHI-5</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores, redução de comportamentos de risco para a saúde e melhora do autocuidado
Ducharme <i>et al.</i> ³⁷	13 cuidadores Estudo qualitativo Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo Duração: 7 semanas, 15 horas	Objetivou fomentar o conhecimento e as habilidades necessárias para garantir a transição bem-sucedida para o papel do cuidador. Conteúdos: estratégias para aprender a vivenciar as novas demandas de cuidados, estratégias de comunicação, desenvolvimento da autoeficácia, melhorar as habilidades do cuidador, entre outros	Entrevistas semiestruturadas	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento e aumento da habilidade e conhecimento dos cuidadores em como lidar com o idoso
Tompkins e Bell ⁴⁴	367 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo e técnicas de gerenciamento de emoções Duração: 12 horas	Realização de várias atividades para os cuidadores (por exemplo, reconhecer a doença, desenvolver tolerância emocional, assumir o controle), além de proporcionar-lhes um manual de cuidador e um CD-ROM educativo sobre a DA e dicas para o manejo do cuidado	<i>Client Intake Form, CES-D</i>	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição dos sintomas depressivos e aumento do conhecimento sobre os serviços disponíveis

continuação

Estudo	População/ Avaliação	Abordagem	Características da intervenção psicoeducacional	Instrumentos	Resultados
Au <i>et al.</i> ⁴⁵	27 cuidadoras do sexo feminino Avaliação pré- e pós-intervenção Comparação com o grupo controle	Caráter informativo, técnicas de gerenciamento de estresse e resolução de problemas Duração: 13 semanas	Conteúdos: estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com o estresse, estratégias de gerenciamento do comportamento do paciente, modificar pensamentos negativos sobre o papel de cuidar, promover comunicação efetiva e informações sobre a DA	CES-D, RSCSE, CWOC	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento, diminuição de sentimentos de angústia, melhora da autoeficácia
Aakhus <i>et al.</i> ²²	30 cuidadores Avaliação pós-intervenção e seguimento	Caráter informativo Duração: 5 horas	Conteúdos: informações sobre os princípios de terapia ambiente, sobre questões legais e serviços sociais e sobre ajuda à vida diária	GHQ30, IES, GDS	Piora significativa do sofrimento psicológico no grupo de intervenção
Andrade ⁴⁶	16 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo Duração: 10 horas	Conteúdos: características de demência; manejo dos hábitos de vida: alimentação, higiene pessoal e dormir; manejo de problemas de comportamento, comunicação; atividade física e autonomia; estimulação cognitiva; cuidados com o cuidador; a prevenção de complicações; sobrecarga do cuidador	Escala Psicossocial del Cuidador	Diminuição de sentimentos como raiva, hostilidade, ansiedade (pensamentos disfuncionais)
Gallagher-Thompson <i>et al.</i> ⁴⁷	70 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo e técnicas de gerenciamento de estresse Duração 2,5 horas	Utilizam um DVD que contém informações sobre a demência e estresse do cuidador, como reconhecer e mudar comportamentos estressantes do paciente, estratégias de comunicação com os outros membros da família sobre as questões de cuidado, como obter assistência se necessário, como lidar com questões legais e se preparar para o fim da vida do paciente	CES-D, RMBPC	Melhora da autoeficácia, aumento do afeto positivo, menor estresse
Savundranayaga <i>et al.</i> ²⁷	115 cônjuges cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento Grupo controle	Técnicas de gerenciamento de estresse e de emoções Duração: 6 semanas, 14 horas	O grupo aborda os desafios de cuidado e autocuidado; gestão eficaz do estresse, incluindo estratégias de comunicação; maneiras de usar as atividades de relaxamento diariamente. Participantes aprendem a ouvir e a identificar maneiras de lidar com emoções como culpa. São abordadas as emoções durante as mudanças de vida e como lidar com decisões difíceis	Montgomery burden Measure, Problem Behavior Scale, Escala Katz, Escala Lawton	Níveis significativamente mais baixos de estresse e ônus objetivo do que o grupo de comparação
Ponce <i>et al.</i> ⁴⁸	17 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Caráter informativo e trocas de experiências Duração: 15 semanas, 45 horas	O grupo aborda conteúdo dividido em cinco eixos: cérebro e processos demenciais, tipos de tratamento, mudanças físicas e comportamentais que afetam o dia a dia do cuidador e o cuidado. Há troca de experiências em todos os encontros	CBS	Menor sobrecarga em relação a cuidado, tensão geral, isolamento, decepção, e envolvimento emocional
Arritxabal <i>et al.</i> ⁴⁹	52 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção	Técnicas de gerenciamento de estresse Duração: 10 semanas, 20 horas	Conteúdo: informações aos cuidadores sobre a doença, treinamento de habilidades e estratégias que visam a mudanças emocionais, desenvolvimento de técnicas de intervenção e exercícios	Positive Affect and Negative Affect Schedule	Aumento do bem-estar dos cuidadores, diminuição do estresse percebido, afeto negativo, pensamentos disfuncionais
Ducharme <i>et al.</i> ³⁸	111 cuidadores Avaliação pré- e pós-intervenção e seguimento Grupo controle	Caráter informativo Duração: 7 semanas, 15 horas	Conteúdo: percepção do cuidador sobre a situação de cuidado; estratégias de enfrentamento para lidar com dificuldades e evitar problemas psicológicos; como se comunicar e aproveitar o tempo gasto com o paciente com demência, como usar os pontos fortes e experiências para cuidar do familiar; como obter a família e amigos para ajudar; conhecimento dos serviços e como pedir para eles, e planejar com antecedência o futuro	Preparedness for Caregiving Scale, Family Caregiver Conflict Scale, Knowledge of Services Scale, RSCSE, Self-Efficacy Scale, ISSB, ZBI, CAMI	Aumento do uso de estratégias de enfrentamento, conhecimento sobre os serviços disponíveis, aumento da habilidade do cuidador, mais capacidade para planejar as necessidades futuras do parente

* Os trabalhos que analisaram o impacto da intervenção depois do término do grupo foram denominados de seguimento.

CAMI: Carers' Assessment of Managing Index; CBS: Caregiver Burden Scale; CES-D: Center for Epidemiological Studies – Depression Scale; CPD: Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales; CWOC: Chinese Way Of Coping Questionnaire; GHQ-30: General Health Questionnaire-30; GDS: Geriatric Depression Scale; GHQ-28: General Health Questionnaire-28; IES: Impact of Event Scale; ISSB: Inventory of socially supportive behaviors; MAACL: Multiple Affect Adjective Checklist; MEEK: Miniexame do Estado Mental; MHI-5: Mental Health Index-5; PSQ: Psychosocial Questionnaire; PSS: Perceived Stress Scale; RMP: Revised Memory and behaviors problems checklist; RSCSE: Revised Scale For Caregiving Self-Efficacy; SAM: Stress Appraisal Measure; SEIQoL: Schedule for the Evaluation of Individualized Quality of Life; State: Spielberger State-Trait Anxiety Inventory; STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; ZBI: Zarit Caregiver Burden Interview.

As intervenções utilizaram diversos recursos: audiovisuais (CD e DVD), manuais, livros, aulas expositivas e contato telefônico. Observou-se que alguns grupos psicoeducacionais se basearam em abordagens teóricas de Lazarus e Folkman¹⁵, Beck *et al.*¹⁶, Lewinsohn¹⁷, Meleis *et al.*¹⁸ e Haddon¹⁹. Essas teorias sobre cuidadores deram a base para o desenvolvimento da intervenção, de acordo com o que pretendeu ser investigado.

DISCUSSÃO

Os estudos analisados não apresentaram definições da abordagem psicoeducacional e partiram de métodos variados para realizarem as intervenções. Observou-se que, embora grande parte dos estudos tenha apenas caráter informativo, o objetivo das intervenções era atingir questões do âmbito subjetivo do cuidador, como melhora do seu bem-estar, diminuição de sentimentos e pensamentos disfuncionais, melhora no senso de autoeficácia, aumento de uso de estratégias de enfrentamento da situação de cuidado, entre outros.

Para Justo e Calil²⁰, a psicoeducação não deve apenas instruir os pacientes e familiares sobre a doença e o tratamento, mas também fazer do paciente um colaborador ativo. Isso é mais complexo do que a simples transmissão de informações, embora se possa afirmar que só isso, por si só, traz benefícios para o tratamento.

Uma metanálise realizada em 2011 por Chien *et al.*²¹ mostrou que grupos psicoeducacionais produzem um resultado significativamente maior no bem-estar psicológico e contra a depressão se comparados aos grupos educacionais e de suporte. Tanto os grupos psicoeducacionais quanto os grupos educacionais demonstraram efeitos positivos significativos na redução de sobrecarga, mas o grupo educativo pareceu ser mais eficaz. Esses resultados podem sugerir que os grupos educacionais tendem a fornecer imediatamente informações úteis, como habilidades de cuidado, formas de autoajustamento, conhecimento para lidar com questões legais e facilitar o encontro de recursos disponíveis que podem reduzir mais rapidamente a sobrecarga dos cuidadores. Grupos psicoeducacionais não apenas fornecem informações práticas para o atendimento ao paciente, mas também focam no estado psicológico e emocional dos cuidadores, e contribuem para o estabelecimento de uma rede social de apoio, sendo eficazes para a melhoria do bem-estar psicológico e depressão dos cuidadores.

Os resultados dos trabalhos analisados – de caráter exclusivamente informativo –, embora chamados de psicoeducacionais, estão em concordância com o estudo de Chien *et al.*²¹. Esses trabalhos apresentaram resultados significativos em relação ao uso de estratégias de enfrentamento, melhora da autoeficácia, diminuição de sentimentos disfuncionais, conhecimento sobre os serviços disponíveis e aumento da

habilidade do cuidador. Tais dados sugerem que a informação é uma ferramenta eficiente para lidar com as demandas diárias do cuidado, além de contribuir para que o cuidador não culpabilize seu familiar pelos comportamentos e sintomas decorrentes da demência, diminuindo os sentimentos de raiva e hostilidade.

No entanto, intervenções de caráter educativo, de duração rápida e sem oferta de apoio, podem promover aumento do sofrimento psicológico, à medida que podem gerar ansiedade e sentimento de perda decorrente do conhecimento da evolução da demência (como visto no estudo de Aakhus *et al.*²²).

Além da abordagem educativa, alguns artigos apresentaram técnicas de gerenciamento de estresse e de emoções, condizentes com a terapia cognitivo-comportamental. Os grupos psicoeducacionais são componentes importantes para grupos que utilizam as perspectivas teóricas da terapia comportamental dialética e da terapia cognitivo-comportamental. Na terapia comportamental dialética, a psicoeducação possibilita ensinar novas habilidades, tais como atenção, habilidades interpessoais, controle emocional e tolerância à angústia. Na terapia cognitivo-comportamental, as técnicas psicoeducacionais usadas são: sistematização do problema, treinamento de técnicas de relaxamento, ensaio comportamental, treinamento de habilidades sociais e treinamento de gerenciamento do estresse²³.

As intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental tiveram o intuito de ensinar habilidades para gerenciar o humor, o estresse, as emoções e os pensamentos disfuncionais (como encontrados nos estudos de Coon *et al.*²⁴, Rabinowitz *et al.*²⁵, Won *et al.*²⁶, Savundranayaga *et al.*²⁷) e apresentar técnicas de resolução de problemas, com o objetivo de instruir métodos para resolver os problemas comportamentais dos idosos e modificar as situações que geram estresse²⁸⁻³¹.

Embora parte desses estudos não faça referência a um quadro teórico para a realização da psicoeducação, há muita semelhança com a abordagem desenvolvida por Lazarus e Folkman¹⁵ sobre estresse e *coping*. Tais autores foram citados nos estudos de Lavoie *et al.*³², Hébert *et al.*³³, Ducharme *et al.*³⁴ e Hepburn *et al.*³⁵. Eles consideraram que, para promover a saúde mental do cuidador, as intervenções devem consistir nos seguintes elementos: avaliação cognitiva do estresse, percepção de controle sobre uma situação e uso de estratégias de enfrentamento para lidar com os estressores, ou seja, técnicas de resolução de problemas, de gerenciamento de estresse e de sintomas.

No estudo de Lavoie *et al.*³² e Hébert *et al.*³³, os encontros foram divididos em duas etapas. A primeira consistia em quatro reuniões com o objetivo de melhorar a habilidade dos cuidadores na identificação do estressor específico e distinguir entre estressores modificáveis e não modificáveis. A segunda etapa tinha como objetivo ensinar aos cuidadores

três tipos de estratégias de enfrentamento diante de uma situação estressante: resolução de problemas, reenquadramento e busca por suporte social. Os resultados do primeiro estudo mostraram que os participantes aprenderam a utilizar as estratégias de enfrentamento e o reenquadramento foi a técnica mais utilizada, se comparada com o procedimento de resolução de problemas e busca por apoio social. No segundo estudo, o programa psicoeducacional teve um impacto positivo nas reações e comportamentos perturbados dos cuidadores, o que pode ser justificado pelo aumento de habilidades de enfrentamento adquiridas durante as sessões psicoeducacionais³³.

A intervenção psicoeducacional investigada por Ducharme *et al.*³⁴ consistiu em capacitar os cuidadores por meio da sensibilização de sua capacidade de alterar a percepção de estresse e de exercer controle sobre as situações adversas, além de utilizar a estratégia de reenquadramento, que facilita o manejo de emoções dolorosas. Os resultados pós-intervenção e depois de três meses mostraram que três efeitos persistiram após a participação no grupo: reenquadramento, competência e percepção de suporte informal e formal disponíveis. Outros efeitos também foram observados imediatamente após a intervenção em relação à sobrecarga: percepção de ameaça, controle de si mesmo e desafio percebido.

Outra intervenção psicoeducacional, fundamentada na abordagem de Lazarus e Folkman¹⁵, foi a desenvolvida por Hepburn *et al.*³⁵, denominada *Savvy Caregiver Program* (SCP), realizada no Alasca, Colorado e na região rural de Minnesota com 140 famílias cuidadoras. O objetivo desse programa era fornecer informações sobre a doença, contribuir para a mudança cognitiva, desenvolver a tolerância emocional, ensinar o cuidador a assumir o controle da situação, estabelecer uma meta realista de cuidados, avaliar as capacidades do paciente e criar oportunidades para satisfação pessoal. Os resultados revelaram que, após a intervenção, os cuidadores apresentaram aumento de habilidade, conhecimento e confiança para lidar com as demandas do cuidado; a sobrecarga e as crenças sobre cuidado mudaram significativamente, indicando melhora no bem-estar dos cuidadores.

Em suma, os estudos apresentados, baseados na mesma abordagem, mostraram efeitos positivos na redução do estresse e da sobrecarga, à medida que os cuidadores aprendem a usar as estratégias de enfrentamento para lidar com os estressores, diminuindo pensamentos disfuncionais e contribuindo para o melhor manejo do comportamento do paciente e das tarefas de cuidar.

Além da teoria de Lazarus e Folkman¹⁵, alguns estudos se basearam em outras abordagens teóricas para o desenvolvimento das intervenções. A teoria de Beck *et al.*¹⁶ e Lewinsohn¹⁷, encontrada em apenas um estudo³⁶, articula o papel da cognição no desenvolvimento e manutenção de estados afetivos negativos. Essa teoria fornece habilidades

cognitivo-comportamentais de gerenciamento de humor mediante duas abordagens principais: primeiro, na ênfase na redução do afeto negativo, para relaxar diante da situação estressante, avaliar o comportamento do paciente de forma mais realista e comunicação mais assertiva; segundo, no aumento do humor positivo por meio da aquisição de habilidades, tais como o desenvolvimento de estratégias para realizar pequenas atividades prazerosas todos os dias e aprender a estabelecer metas para mudar-se a si mesmo e recompensar-se das realizações ao longo da jornada de cuidado. No estudo de Gallagher-Thompson *et al.*³⁶, foram comparados uma intervenção psicoeducacional, baseada nessa abordagem, e um grupo de suporte, focado principalmente no desenvolvimento de apoio entre os pares, do que na instrução aos participantes sobre como lidar com suas próprias necessidades. Os resultados mostraram que os participantes do grupo psicoeducacional relataram uma significativa redução dos sintomas depressivos, além de aumento do uso de estratégias de enfrentamento adaptativas e uma tendência à diminuição do uso de estratégias de enfrentamento negativas quando comparados com os participantes do grupo de apoio.

Os estudos de Ducharme *et al.*^{37,38} desenvolveram as intervenções a partir da perspectiva teórica de Meleis *et al.*¹⁸, que consideram que a transição de papéis representa a passagem de um estado ou condição para outro. As transições são associadas com os estágios de desenvolvimento da vida ou com situações específicas, como a passagem para novos papéis, incluindo o de cuidador familiar. Essas transições criam um período de instabilidade e de incerteza, durante o qual os indivíduos são mais vulneráveis aos riscos que podem afetar sua saúde. As intervenções fundamentadas nessa abordagem tinham o objetivo de fomentar o conhecimento sobre estratégias para aprender a vivenciar as novas demandas de cuidados e prover as habilidades necessárias a uma transição bem-sucedida para o papel do cuidador. Após a participação no grupo psicoeducacional, os cuidadores aprenderam a usar estratégia de enfrentamento e integrá-la em sua vida diária, além de se comunicar melhor com seus familiares e procurar ajuda; aprenderam também a planejar as necessidades futuras do idoso sob seu cuidado^{37,38}.

Phillips³⁹ realizaram uma intervenção psicoeducacional a partir do modelo teórico de Haddon¹⁹ com o objetivo de diminuir a frequência e a intensidade de agressão física, verbal e psicológica dos idosos com demência contra os familiares e reduzir a frequência de sentimentos como raiva, depressão, ansiedade, confusão e a sobrecarga dos cuidadores. De acordo com Haddon¹⁹, a proposta de educação e prevenção deve ser orientada no sentido de alterar as relações entre quem sofre violência e quem a pratica e o meio ambiente para evitar o próximo episódio de agressão. Estratégias de intervenção devem ser incorporadas para promover a identificação de padrões de comportamento, controle de raiva,

comunicação, gestão e contenção de conflitos. No estudo da proposta de Haddon, a intervenção se mostrou efetiva, na medida em que houve diminuição da frequência de agressão verbal/psicológica dos pais ou cônjuges contra as cuidadoras.

Nos trabalhos analisados, foi possível observar que as propostas das intervenções não eram voltadas especificamente para um tema norteador (por exemplo, a violência dos idosos com demência), visto no trabalho de Phillips³⁹. Em geral, as intervenções psicoeducacionais tinham como principais objetivos: fornecer informações sobre a doença, sobre técnicas de gerenciamento de estresse, emoções e humor dos cuidadores, técnicas para gerenciar os comportamentos dos pacientes. Contudo, além do estudo de Phillips³⁹, o trabalho conduzido por Stern *et al.*⁴⁰ se diferenciou dos demais, pois teve como objetivo ajudar o cuidador a intervir na interdição do paciente para dirigir veículos. Foram expostos os benefícios secundários de dirigir e sua relação com a qualidade de vida e as possíveis formas de garantir a continuidade desses benefícios mesmo quando o indivíduo deixa de dirigir. Foi mostrado como entrar em contato com o departamento de veículos motorizados e eliminar o carro.

Apesar da grande variabilidade de modelos teóricos e propostas de intervenções, os resultados dos estudos mostraram que a psicoeducação representa uma solução interessante para reduzir a sobrecarga e os níveis de estresse do cuidador. De acordo com o relatório sobre demência produzido pela Organização Mundial da Saúde⁴ em 2012, programas psicoeducacionais devem ter duração longa, fazer referência a um quadro teórico específico e ter objetivos bem definidos (com foco principalmente na informação), apoio psicológico, gestão de problemas comportamentais e de seus efeitos na vida do cuidador. As intervenções psicoeducacionais devem, por um lado, fornecer informações sobre a doença e como controlá-la e, por outro lado, ajudar os cuidadores a expressarem suas emoções e aprenderem a lidar com elas.

É importante destacar que membros da família são um recurso importante para o manejo do paciente e podem ajudar muito na eficácia do tratamento e na redução de gastos. Proporcionar bem-estar para o cuidador pode contribuir na redução dos custos indiretos relacionados com os cuidadores e também postergar e/ou evitar institucionalização do paciente⁴.

Em relação aos aspectos metodológicos dos estudos analisados, foi observada uma grande variabilidade de métodos para a realização e avaliação das intervenções psicoeducacionais. De acordo com Brown²³, para avaliar o impacto desse tipo de intervenção, é necessário realizar pelo menos um pré-teste e também o pós-teste, para observar como o grupo se apresentava no início e quais foram as mudanças apresentadas após a participação no grupo, considerando o que se quer avaliar. Outro ponto relevante: alguns estudos

não apresentaram descrição metodológica rigorosa, o que dificulta a replicação do modelo. Essas limitações dificultam a avaliação da modalidade de intervenção psicoeducacional mais adequada para aliviar a sobrecarga e aumentar o senso de bem-estar subjetivo do cuidador.

CONCLUSÃO

Cuidar de um idoso com demência pode ser uma tarefa onerosa e causar sobrecarga na vida do cuidador. A existência de serviços de apoio educativo, psicológico e social é essencial para reduzir as consequências advindas do ato de cuidar.

A intervenção psicoeducacional pode contribuir significativamente para a melhora do bem-estar, para a aquisição de estratégias de enfrentamento da situação de cuidado, diminuição de sentimentos e pensamentos disfuncionais, melhora no senso de autoeficácia, entre outros benefícios.

Contudo, há necessidade de uma padronização da abordagem em termos de estrutura, duração e conteúdos abordados, para que se obtenham informações mais precisas sobre o efeito desse tipo de intervenção.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse no presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Santos SSC, Pelzer MT, Rodrigues MCT. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. *RBCEH*. 2007;4(2):114-26.
2. Clipp EC, George LK. Dementia and cancer: a comparison of spouse caregivers. *Gerontologist*. 1993;33:534-41.
3. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18(2):250-67.
4. World Health Organization. Dementia: A Public Health Priority. *Alzheimer's Disease International*; 2012.
5. Taub A, Andreoli SB, Bertolucci PH. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):372-6.
6. Fortinsky RH, Tennen H, Frank N, Affleck G. Health and psychological consequences of caregiving. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro A III, editors. *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press; 2007. p. 210-26.
7. Aldwin CM, Yancura LA, Boeninger DK. Coping, health, and aging. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro A III, editors. *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press; 2007. p. 185-98.
8. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão de cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):818-24.
9. Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002;26(1):34-6.
10. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64(8):873-9.
11. Pavarini SC, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiando MSZ, Filizola CLA, et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(3):580-90.

12. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. 2002;42(3):356-72.
13. Figueiredo AL, Souza L, Dell'Áglio Jr JC, Argimon ILL. O uso da psicoeducação no tratamento de transtorno bipolar. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2009;XI(1):15-24.
14. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;20(3):557-66.
15. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
17. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, RJ Katz RJ, editors. *The psychology of depression: contemporary theory and research*. New York: Wiley; 1974. p. 157-78.
18. Meleis A, Sawyer L, Im E-O, Messias D, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28.
19. Haddon W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Rep*. 1980;95(5):411-21.
20. Justo LP, Calil HM. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Rev Psiqu Clin*. 2004;31(2):91-9.
21. Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM, Chang LI, Chen CH, et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(10):1089-98.
22. Aakhus E, Engedal K, Aspelund T, Selbæk G. Single session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients – results from a randomised controlled pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:269-74.
23. Brown N. *Psychoeducational groups: process and practice*. 3th ed. D. Paperback; 2011.
24. Coon D, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*. 2003;43(5):678-89.
25. Rabinowitz YG, Mausbach BT, Coon DW, Depp C, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. The moderating effect of self-efficacy on intervention response in women family caregivers of older adults with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:642-9.
26. Won CW, Fitts SS, Favaro S, Olsen P, Phelan EA. Community-based "powerful tools" intervention enhances health of caregivers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;46:89-100.
27. Savundranayagam MY, Montgomery RJ, Kosloski K, Little TD. Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:388-96.
28. Garand L, Buckwalter KC, Lubaroff DM, Tripp-Reimer T, Frantz RA, Ansely TN. A pilot study of immune and mood outcomes of a community-based intervention for dementia caregivers: the PLST intervention. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002;16:156-67.
29. Hosaka T, Sugiyama Y. Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;147-15.
30. Losada-Baltar A, Izal M, Montorio I, Márquez M, Pérez G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para familiares con demencia. *Rev Neurol*. 2004;38(8):701.
31. Martin-Carrasco M, Martin MF, Valero CP, Millan PR, Garcia CI, Montalban SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:489-99.
32. Lavoie JP, Ducharme F, Levesque L, Hébert R, Vézina J, Gendron C, et al. Understanding the outcomes of a psycho-educational group intervention for caregivers of persons with dementia living at home: a process evaluation. *Aging Ment Health*. 2005;9(1):25-34.
33. Hébert R, Lévesque L, Vézina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *J Gerontol Soc Sci*. 2003;58B(1):58-67.
34. Ducharme F, Levesque L, Giroux F, Lachance L. Follow-up of an intervention program for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting: are there any persistent and delayed effects? *Aging Ment Health*. 2005;9(5):461-9.
35. Hepburn KW, Lewis M, Sherman CW, Tornatore J. The savvy caregiver program: developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *Gerontologist*. 2003;43(6):908-15.
36. Gallagher-Thompson D, Coon DW, Solano N, Ambler C, Rabinowitz Y, Thompson LW. Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the REACH national collaborative study. *Gerontologist*. 2003;43(4):580-91.
37. Ducharme F, Beaudet L, Legault A, Kergoat MJ, Lévesque L, Caron C. Development of an intervention program for Alzheimer's family caregivers following diagnostic disclosure. *Clin Nurs Res*. 2009;18(1):44-67.
38. Ducharme F, Levesque L, Lachance L, Kergoat MJ, Coulombe R. Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: a descriptive study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(9):1109-19.
39. Phillips LR. Abuse of aging caregivers: test of a nursing intervention. *Adv Nurs Sci*. 2008;31(2):164-81.
40. Stern RA, D'Ambrosio LA, Mohyde M, Carruth A, Tracton-Bishop B, Hunter JC, et al. At the crossroads: development and evaluation of a dementia caregiver group intervention to assist in driving cessation. *Gerontol Geriatr Educ*. 2008;29(4):363-82.
41. Morano CL, Bravo M. A psychoeducational model for hispanic Alzheimer's disease caregivers. *Gerontologist*. 2002;42(1):122-6.
42. Perren S, Schmid R, Wettstein A. Caregivers' adaptation to change: the impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers' subjective well-being. *Aging Ment Health*. 2006;10(5):539-48.
43. Onor ML, Trevisiol M, Negro C, Alessandra S, Saina M, Aguglia E. Impact of a multimodal rehabilitative intervention in demented patients and their caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2007;22:261-72.
44. Tompkins S, Bell P. Examination of a psychoeducational intervention and a respite grant in relieving psychosocial stressors associated with being an Alzheimer's caregiver. *J Gerontol Soc Work*. 2009;52:89-104.
45. Au A, Li S, Lee K, Leung P, Pan PC, Thompson L, et al. The coping with caregiving group program for Chinese caregivers with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Educ Couns*. 2009;18:1-5.
46. Andrade AME. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cub Salud Pública*. 2009;35(2).
47. Gallagher-Thompson D, Gray H, Tang P, Pu CY, Tse C, Hsu S, et al. Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers: results of a preliminary stud. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):263-73.
48. Ponce C, Ordóñez T, Lima-Silva T, Santos GD, Viola LF, Nunes PV, et al. Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2011;5(3):226-37.
49. Arritxabal I, Soler AG, Silva AI, et al. Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011.