

Terapia cognitivo-comportamental em grupo para cuidadores de idosos com transtorno neurocognitivo maior: um estudo de revisão

Cognitive-behavioral group therapy for caregivers of elderly with major neurocognitive disorder: a review study

Thaís Viana da Silva

Graduada em Psicologia pela UFF. Psicóloga Clínica

Resumo: Estudos mostram o aumento progressivo da população idosa em nosso país e levantam questões de suma importância que precisam ser discutidas, como a multimorbidade presente na maioria dos idosos. Dentre as doenças crônicas mais comuns tem-se o Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM), cujos portadores demandam a presença de um cuidador para o auxílio nas Atividades de Vida Diária (AVD). Tendo em vista que tal função poderá trazer impactos na qualidade de vida desses cuidadores, o presente artigo teve por objetivo identificar características sobre a realização de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) com cuidadores de idosos portadores de TNM, visto a grande eficácia que tal abordagem tem demonstrado na literatura, de modo a identificar os principais resultados obtidos. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando-se das bases de dados SCIELO, LILACS e PubMed, com os seguintes descritores de pesquisa: Cuidadores E Idoso E Terapia Cognitivo-Comportamental, também em inglês. Como resultado, verificou-se que os programas apresentaram resultados positivos sobre os sintomas dos cuidadores e, em dois artigos, os respectivos idosos que recebiam cuidados também demonstraram melhora de alguns sintomas. Apesar da quantidade de estudos encontrada ser compreendida como uma limitação, sendo necessárias mais pesquisas para compreender a eficácia dessas intervenções, nosso estudo de revisão conseguiu elucidar características destes cuidadores importantes para a elaboração de planos de intervenção com possíveis melhorias.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Cuidadores. Idosos.

Abstract: Studies show the progressive increase in the elderly population in our country and raise issues of paramount importance that need to be discussed, such as the multimorbidity present in most elderly people. Among the most common chronic diseases is the Major Neurocognitive Disorder (NMD), whose carriers demand the presence of a caregiver to help with Activities of Daily Living (ADL). Bearing in mind that this function can impact the quality of life of these caregivers, the present monograph aimed to identify characteristics about the performance of Cognitive-Behavioral Therapy in Group with caregivers of elderly patients with NMD, given the great effectiveness that such an approach has. demonstrated in the literature, in order to identify the main results obtained. To this end, a systematic literature review was carried out using the SCIELO, LILACS and PubMed databases, with the following research descriptors: Caregivers AND Elderly AND Cognitive-Behavioral Therapy, also in Portuguese. As a result, it was found that the programs showed positive results on the caregivers' symptoms and, in two articles, the respective elderly who received care also showed improvement in some symptoms. Although the number of studies found is understood as a limitation, and more research is needed to understand the effectiveness of these interventions, our review study was able to elucidate important characteristics of these caregivers important for the elaboration of intervention plans with possible improvements.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Caregivers. Aged.



1 Introdução

A partir da década de 1980, começou-se a observar um crescimento progressivo da população idosa no mundo e, juntamente a este fenômeno, o surgimento de áreas de estudos, como a gerontologia e a geriatria, que fizeram emergir novas concepções e conhecimentos a respeito desta faixa etária. Um exemplo disso foi o surgimento do conceito de terceira idade, grupo que se classifica por outras características do envelhecer para além do ócio, da dependência ou da presença de doenças, mas como uma fase de produtividade, realizações e, principalmente, detentora de direitos (CORREA, 2009).

Com a Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999, o Brasil reconheceu que a perda da capacidade funcional, ou seja, a perda de habilidades para a realização de Atividades da Vida Diária (AVD), como se alimentar ou ir ao supermercado, por exemplo, é um problema de grande impacto na vida do idoso e, ciente disto, determinou a readequação de projetos e de atividades dos órgãos do Ministério da Saúde responsáveis por este público (BRASIL, 1999 *apud* BRASIL, 2006).

Um outro ponto é o fator de multimorbidade, presença de uma ou mais condições crônicas de saúde, entre elas a demência, hoje denominada Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM), de acordo com o DSM-V (2014). A Associação Brasileira de Alzheimer esclarece que a forma mais comum desse quadro é o Transtorno Neurocognitivo Maior devido à Doença de Alzheimer, que chega a, aproximadamente, 1,2 milhão de casos no Brasil, sendo sua maioria ainda não diagnosticada. Isto implica que, como o TNM têm caráter progressivo, os sintomas se intensificam deixando o idoso cada vez mais em situação de fragilidade, o que demandará a presença de um cuidador, que, em sua maioria, é um cuidador informal, um membro da família, amigo ou vizinho (OLIVEIRA *et al.*, 2015; PERDIGÃO *et al.*, 2017; LEMOS, 2019).

Como a carga do cuidado progride juntamente ao avanço da doença, é importante pensar na qualidade de vida desses cuidadores que, em grande parte dos casos, também são pessoas em uma faixa etária em processo de envelhecimento. Uma das intervenções que pode ser vista como grande aliada dos cuidadores, visando justamente cuidar

do bem-estar psicológico e da qualidade de saúde deste público, é a Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo (TCCG). Isto pois, tal abordagem tem demonstrado eficácia significativa para uma grande diversidade de condições psicológicas, médicas e psiquiátricas.

Desta forma, o presente artigo irá contextualizar brevemente o processo de envelhecimento que transpassa a vida tanto do idoso que recebe o cuidado quanto do cuidador. Feito isso, será abordado o tema TNM e as questões que atravessam os cuidadores. Por fim, será feita uma revisão bibliográfica com o objetivo de identificar características da realização de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo com cuidadores de idosos portadores de TNM, bem como identificar as principais modalidades de TCCG realizadas com os cuidadores de idosos com TNM; identificar as principais técnicas utilizadas; definir número e duração das sessões e conhecer os principais resultados obtidos nas intervenções grupais.

1.1 O processo de envelhecimento

Em agosto de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) endossou o projeto da Década do Envelhecimento Saudável, visando recolher e evidenciar informações a respeito da saúde e do bem-estar do público idoso de modo a incentivar políticas e planos nacionais que maximizem o envelhecimento saudável (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020; WHO, 2020). Para compreender do que se trata um envelhecer saudável esta seção irá delimitar as partes para compreender melhor o todo, isto é, definir, em um primeiro momento, os conceitos “envelhecimento” e “saudável” separadamente visto as múltiplas facetas englobadas por cada um desses constructos.

Biologicamente, o envelhecimento é um processo natural e inevitável que ocorre devido a um grande acúmulo de danos moleculares e celulares variados que, por sua vez, contribuem para uma redução gradual nas reservas fisiológica e funcional, implicando em uma perda de capacidades intrínsecas (OMS, 2015; CIOSEK *et al.*, 2011; JACOB FILHO, 2009). Consequentemente, tal processo resulta em uma maior

vulnerabilidade a doenças e, em última instância, no falecimento (OMS, 2015). Além disso, há também as mudanças sociais, emocionais e culturais que constituem este processo, o que expõe o fato de que o envelhecimento pode iniciar-se em diferentes faixas etárias (CIOSAK *et al.*, 2011), variando de caso em caso.

Ao fenômeno natural, sadio, de redução progressiva da reserva fisiológica que abarca lenta deterioração física e biológica inevitáveis dá-se o nome de envelhecimento primário ou senescência (CIOSAK *et al.*, 2011; PAPALIA; FELDMAN, 2013). Já o envelhecimento secundário ou senilidade é o resultado de fatores vivenciais como maus hábitos e o desenvolvimento de condições clínicas devido a acidentes, estresse, ou doenças caracterizando-se por uma perda física e cognitiva considerável (PAPALIA; FELDMAN, 2013; CORREA, 2009; CIOSAK, 2011). Jacob Filho (2009) exemplifica, deste modo, que:

A existência de uma limitação funcional evidente, mesmo em um nonagenário, deve ser entendida, portanto, como um efeito de um processo fisiopatológico (senilidade ou envelhecimento secundário), portanto de uma doença mais do que uma evolução atribuível ao processo natural de envelhecimento (senescência ou envelhecimento primário) (JACOB FILHO, 2009, p.27).

Ressalta-se ainda que para pessoas idosas ou mais velhas, a classificação pela idade cronológica é insuficiente para avaliação da condição de saúde, uma vez que para tal público o conceito de saúde se relaciona também com a capacidade funcional, isto é, o grau de autonomia e independência desses sujeitos, bem como o grau de vulnerabilidade e fragilidade em que o idoso se encontra (MORAES, 2012; MORAES *et al.*, 2016).

Entende-se enquanto autonomia a habilidade individual de decidir e comandar ações a partir de regras próprias, e independência a habilidade de executar tarefas com os próprios recursos. Sistemas funcionais principais como a cognição (competência para compreender e resolver problemas), o humor (relacionado à motivação necessária para atividades de vida diárias), a mobilidade (que envolve capacidades de deslocamento e manipulação do meio em que se encontra) e a comunicação (habilidade de interagir produtivamente com o meio, trocando informações,

expressando ideias e sentimentos, por exemplo) precisam funcionar integrada e harmoniosamente para que a independência e a autonomia sejam possíveis (MORAES, 2012). Já o termo fragilidade, dentre várias definições, relaciona-se com o risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e/ou morte e é comumente utilizada para descrever o grau de vulnerabilidade, que engloba, além desses riscos, os declínios funcionais (MORAES, 2012; MORAES *et al.*, 2016). O Quadro 1 apresenta as principais características que diferenciam o idoso independente, o idoso com potencialidade para desenvolver fragilidade e o idoso em situação de fragilidade.

Quadro 1. Características de cada nível de fragilidade da população idosa

Condições de fragilidade	Características
Idoso independente	Capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as Atividades de Vida Diária (AVD), como vestir-se, comer, fazer sua higiene.
Idosos com potencial para desenvolver fragilidade	Apresentam certa dificuldade para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) como preparar refeições, ir ao supermercado ou farmácia, telefonar e sair de casa sozinho ou utilizar um transporte coletivo.
Idoso frágil ou em situação de fragilidade	Aquele com mais de 75 anos e/ou acamado, ou que vive em ILPIs ¹ , ou que esteve hospitalizado recentemente por qualquer motivo ou que apresente condições causadoras de incapacidade funcional como as síndromes demenciais e neoplasias terminais, por exemplo, ou ainda que esteja vivenciando uma situação de violência doméstica.

Fonte: Brasil (2006).

É avaliando a condição de fragilidade e os recursos locais disponíveis que o profissional de saúde será inserido no ambiente familiar formando uma equipe com a família, o usuário e a rede de saúde assim como poderá promover a reinserção da população idosa frágil na sociedade (BRASIL, 2006). Vale ressaltar que com a identificação de uma incapacidade funcional, seja ela acarretada por qualquer motivo, é fundamental a existência de um cuidador (NÉRI; SOMMERHALDER, 2002 *apud* BRASIL, 2006) informal, ou seja familiar, ou formal, profissional contratado. O cuidador no ambiente familiar do idoso, portanto, será

¹ Instituições de Longa Permanência para Idosos.

elementar para a preservação da sua integridade física e emocional (JACOB FILHO, 2009), sendo por isso preferível essa opção à institucionalização.

1.2 Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM)

A partir do século XIX, o termo demência era utilizado para referir-se a comprometimentos intelectuais devido a uma afecção cerebral (DEROUESNE, 2008, *apud* SOUZA; TEIXEIRA, 2014), porém carregava consigo também um estigma de extravagância, ou até mesmo de loucura, que perpetua ainda nos dias atuais (SOUZA; TEIXEIRA, 2014). Mais tarde, o *Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)* considerou como critério inclusivo obrigatório a alteração ou prejuízo da memória somado a outra alteração cognitiva qualquer.

No entanto, em sua quinta versão, o DSM-V, além de alterações de personalidade, de comportamento e na cognição social² terem sido incluídas entre outros critérios (SILVA, 2019), o prejuízo de apenas uma função cognitiva se tornou necessário para a construção do diagnóstico de demência. Termo este que foi substituído por Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM) (APA, 2014).

Diferenciando o diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo Maior e o de TNC Leve ou Menor, este último se refere a um comprometimento moderado em um ou mais domínios cognitivos, sendo eles atenção, linguagem, aprendizado e memória, função executiva e/ou motora e perceptiva, ou cognição social, sempre avaliado a partir de um nível anterior observado. Somado a isso, em um TNC Leve essa alteração não interfere no desempenho funcional, isto é, na independência do indivíduo para realização das atividades de vida diária, embora o façam com um esforço maior e com uso ou não de estratégias compensatórias. Caso haja um declínio nas habilidades funcionais, comprometendo a execução das atividades de vida diária simples e complexas, trata-se de

² Cognição social: habilidade de compreender as intenções e crenças das outras pessoas e os procedimentos, as regras e normas sociais que permitem a convivência em sociedade (PESSOA *et al.*, 2016).

um possível TNM (APA, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; PESSOA *et al.*, 2016; SILVA, 2019).

1.2.1 Avaliação e tratamento

De modo geral, a avaliação dos comprometimentos cognitivos, atentando para níveis prévios do desempenho em uma ou mais função cognitiva, deve incluir: testes cognitivos padronizados, entrevista clínica, considerando o histórico clínico e familiar, bem como as queixas do indivíduo, do informante ou do clínico, e avaliação neuropsicológica, como recomendado pela *American Academy of Neurology*. Além disso, é importante especificar se alterações comportamentais acompanham ou não o declínio cognitivo (SANTOS *et al.*, 2015).

Somado a isto, é primordial que haja um acompanhamento destes pacientes, visto que um TNC Leve poderá evoluir para um TNM (MATYAS *et al.*, 2017; MOGA; ROBERTS; JICHA, 2017 *apud* SILVA, 2019). Santos, Andrade e Bueno (2015) colocam que o risco anual de um comprometimento leve evoluir para TNM tem sido em média de 10 a 15%, principalmente quando relacionado à Doença de Alzheimer (DA).

Em um estudo realizado por Luck *et al.* (2010, *apud* SANTOS *et al.*, 2015), os principais fatores de risco encontrados para esta progressão foram baixa escolaridade, hipertensão arterial e idade. Já no Brasil, a idade não foi relevante, sendo os fatores de risco encontrados o nível educacional e os escores iniciais no Mini Exame do Estado Mental, MEEM (CHAVES *et al.*, 2009 *apud* SANTOS *et al.*, 2015). Vale salientar, ainda, que tanto o TNC Leve quanto o TNM tratam-se de uma condição adquirida e não inata, não relacionada a *déficits* no processo de desenvolvimento (SOUZA; TEIXEIRA, 2014).

Dentre as várias classificações de Transtornos Neurocognitivos, a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) coloca que a causa mais frequente, e assim a mais conhecida, é o Transtorno Neurocognitivo Maior devido a Doença de Alzheimer, podendo chegar a 1,2 milhão de casos, sendo sua maioria ainda não diagnosticada. A ABRAz ainda coloca que a segunda maior causa de Transtorno Neurocognitivo tem sido o

Transtorno Neurocognitivo Maior devido a Doença Vascular, originada por lesões cerebrais vasculares, e que outros subtipos mais comuns são TNM frontotemporal, TNM com corpos de Lewy e TNM devido a Doença de Parkinson visto que 40% dos diagnósticos de Parkinson evoluem para um quadro de Transtorno Neurocognitivo³.

Tais diagnósticos apresentam muitas semelhanças em seus critérios, o que se configuram um desafio no processo de avaliação para um diagnóstico precoce, como por exemplo, quadros de declínio na memória episódica, ou na função visuoespacial que podem ser encontradas nas formas leves de vários subtipos etiológicos de TNC, entre eles, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e Doença com corpos de Lewy (SANTOS *et al.*, 2015). Não obstante, o declínio da memória é, ainda, considerado normal no processo de envelhecimento em certos contextos socioeconômicos e culturais, cujas demandas cognitivas no dia-a-dia e os níveis educacionais são menores, o que dificulta ainda mais as avaliações objetivas dos domínios cognitivos (APA, 2014).

Quanto ao tratamento, este buscará minimizar e retardar os sintomas da doença, uma vez que não há cura para o processo demencial. Neste sentido, a terapêutica será multidisciplinar, objetivando retardar os efeitos da doença e os prejuízos cognitivos para garantir a qualidade de vida e independência do paciente de forma a beneficiar o convívio social e familiar (SANTOS *et al.*, 2015). A combinação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, ao longo de toda evolução do TNC, tem sido a mais indicada (SANTOS *et al.*, 2015; PESSOA *et al.*, 2016; PEREIRA, 2017).

Oliveira *et al.* (2015) ainda destacam que diferentes intervenções não-farmacológicas, como musicoterapia, exercícios físicos, reabilitação cognitiva, entre outras, devem ser consideradas para o manejo dos Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD). Não obstante, uma abordagem interdisciplinar que considere a saúde integral tanto do paciente quanto de seus familiares e cuidadores se torna

³ Para mais informações, consulte: <https://abraz.org.br/2020/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

essencial, uma vez que o comprometimento na autonomia, bem como outros SCPD característicos dos TNM, acarretam em uma dependência progressiva do indivíduo em atividades cotidianas de forma a demandar ao menos um cuidador que auxilie neste processo.

1.3 O cuidado se torna familiar

O termo SCPD, do inglês BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia), se refere a um conjunto diverso de comportamentos e sintomas comuns aos quadros de Transtorno Neurocognitivo, que surgem ao longo do desenvolvimento da doença e que não são facilmente manejáveis pelos profissionais da saúde, familiares e/ou cuidadores (OLIVEIRA *et al.*, 2015; PEREIRA, 2017). Os SCPD mais recorrentes são: depressão, apatia, delírios e alucinações visuais, agitação psicomotora e agressividade, comportamentos repetitivos, problemas de sono e resistência. Além de ansiedade, alterações no comportamento alimentar e sexual, que também podem ocorrer (PEREIRA, 2017; PERDIGÃO *et al.*, 2017; LEMOS, 2019).

Como os TNM têm caráter progressivo, muitos dos SCPD se intensificam no decorrer da doença, demandando um suporte cada vez maior que pode ser correlacionado com o aumento da sobrecarga e diminuição da qualidade de vida dos cuidadores (OLIVEIRA *et al.*, 2015; PERDIGÃO *et al.*, 2017; LEMOS, 2019). Oliveira *et al.* (2015) ainda colocam que 30% das pessoas com algum TNM apresentam comportamento agressivo, o que muitas vezes se torna o ponto decisivo para internação do indivíduo em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

No entanto, a Política Nacional da Pessoa Idosa determina que é preferível que o idoso permaneça em seu núcleo familiar, em detrimento do cuidado asilar, visto que isso contribui positivamente para o seu bem estar (CAMARANO; PASINATO, 2004 *apud* BRASIL, 2006; BRASIL, 2013). Com exceção dos idosos que não possuam tal rede ou quando eles não tenham condições de manter sua própria sobrevivência (BRASIL, 2013).

Uma vez no seio familiar, esses idosos com TNM, como visto, necessitarão de atenção e cuidados exclusivos que poderão se dar por

um cuidador formal, profissional contratado, ou informal, membros da própria família, amigos ou vizinhos que prestam esse suporte (RAFACHO; OLIVEIRA 2010, *apud* PERDIGÃO *et al.*, 2017).

Quanto ao perfil sociodemográfico dos cuidadores brasileiros, a literatura abordada apresentou um consenso, sendo esse papel, em sua maioria, assumido por pessoas do sexo feminino, geralmente a filha ou a cônjuge do (a) idoso (a) debilitado (a), com uma idade média, aproximadamente, de 57 anos, e que residem na mesma moradia que o (a) idoso (a) em questão (LEITE *et al.*, 2017; PERDIGÃO *et al.*, 2017; QUEIROZ *et al.*, 2018; LEMOS, 2019). Esses dados revelam pontos importantes a respeito da sobrecarga dos cuidadores informais.

Em relação à idade média observada nos estudos, é salientado que muitas vezes tratam-se de pessoas também em processo de envelhecimento cuidando de idosos, tarefa esta que, por si só, já é desgastante, o que implica na necessidade do cuidador olhar também para sua qualidade de vida e do seu envelhecer (OLIVEIRA; CALDANA, 2012 *apud* PERDIGÃO, 2017; LEITE *et al.*, 2017).

Os estudos apontam que os cuidadores, principalmente os informais que residem com os idosos e assumem essa função em tempo integral, apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, sendo as principais Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes *mellitus*, problemas de coluna e/ou artrose, podendo também apresentar depressão, cardiopatias, entre outras (LEITE *et al.*, 2017; QUEIROZ *et al.*, 2018).

Esta sobrecarga tem sido associada ao caráter progressivo dos SCPD, que demandam cuidados cada vez mais complexos, à carga horária gasta neste papel, à falta de informação e à falta de apoio ou divisão de tarefas (PERDIGÃO *et al.*, 2017; QUEIROZ *et al.*, 2018). Ademais, na ausência de suporte ou divisão no cuidado, o cuidador informal poderá ter sua situação financeira e social também prejudicadas, uma vez que a atenção integral ao idoso debilitado impede a continuação ou a procura de vínculos empregatícios e a presença em eventos sociais, acrescentando o desgaste psicológico ao sofrimento desses (as)

cuidadores (as) (LEITE *et al.*, 2017). Deste modo, a equipe de saúde deverá atentar não só para o paciente como também para os seus cuidadores visando promover a qualidade de vida e saúde de ambos.

1.4 A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem demonstrado eficácia para uma grande diversidade de questões, sejam eles problemas psicológicos, como os transtornos de ansiedade e os depressivos, bem como aqueles associados à angústia do cuidador (BECK, 2014).

A abordagem cognitivo-comportamental ampara-se em um modelo cognitivo que propõe que tanto o humor quanto os comportamentos dos pacientes com transtornos psiquiátricos ou com problemas psicológicos são influenciados por pensamentos e crenças disfuncionais que, ao serem reestruturados de maneira realista e mais adaptativa, promovem um melhor estado emocional e melhores padrões comportamentais (BECK, 2014).

Além da psicoterapia individual, existe a possibilidade da modalidade em grupo, as chamadas Terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), que, tal qual a TCC individual, teve seu início voltado para o tratamento de casos de depressão e ansiedade, sendo mais tarde desenvolvida para outras demandas (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

A reunião de pessoas em grupo por si só não garante um tratamento eficaz, é preciso homogeneidade na composição do grupo sendo preciso avaliar características individuais como cultura, idade e grau de escolaridade, por exemplo, e, principalmente, as demandas e objetivos de cada interessado (NEUFELD; RANGÉ, 2017), que devem ser consideradas na seleção dos integrantes. Atentando-se também ao fato de que grupos demasiados homogêneos são pouco prováveis e nem de todo benéficos, visto que certa heterogeneidade traz experiências e pontos de vista diferenciados, o que pode ser enriquecedor para as discussões. Conjuntamente a esses fatores, algo que tem sido fator de verificação da eficácia das intervenções são as avaliações individuais no início e ao final dos grupos que permitem tanto aos terapeutas quanto

aos participantes testemunharem as mudanças e benefícios gerados pelas intervenções (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

Quadro 2. Principais modalidades de TCCG e suas características

Grupos terapêuticos	Grupos de Psicoeducação	Grupos de apoio	Grupos de orientação e treinamento
Foca-se em demandas específicas a partir de ações estruturadas.	Oferece informações a respeito de transtornos, sintomas ou demandas dos integrantes, abordando desde a natureza até os tratamentos e prognósticos do problema em questão.	Voltados tanto para cuidadores quanto para pacientes com sintomas crônicos que já passaram por intervenção ou que ainda estão em tratamento.	Objetivam mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais dos participantes através de orientação e treinamento.
São grupos fechados, geralmente com até 12 participantes, com duração mínima de 12 sessões semanais.	Pode ser realizado com mais de 15 participantes, com sessões semanais estruturadas, embasadas na psicoeducação e na resolução de problemas e com duração entre 4 a 6 semanas.	Costumam ser grupos abertos, com mais de 15 integrantes e sessões semanais. Os conteúdos e demandas de cada sessão são definidos pelos participantes, e funcionam bem em ambulatorios.	Grupos fechados, com sessões semanais, sem ultrapassar 15 participantes, ocorrendo em mais de oito sessões.
Eficaz para diversas demandas, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade em crianças, transtornos do humor em idosos, depressão, insônia, etc.	Eficaz para a redução de ansiedade e depressão e para o aumento da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia, por exemplo.	O apoio entre os integrantes é o principal fator terapêutico destes grupos.	Nessa modalidade as técnicas cognitivas e comportamentais são bastante utilizadas e focam no modelo cognitivo, em exercícios para casa e na reestruturação cognitiva.

Fonte: Neufeld e Rangé (2017)

Outro ponto importante é a estruturação das sessões do grupo que, assim como a TCC individual, baseia-se no pré-estabelecimento dos protocolos e do cronograma a serem seguidos, não excluindo a possibilidade de flexibilização e adaptação dos conteúdos, já que a TCCG foca na apresentação de temáticas específicas em cada encontro (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

Neufeld e Rangé (2017) trazem que, em relação aos objetivos, a TCCG vai dividir-se em grupos psicoterapêuticos, grupos de prevenção e/ou de promoção de saúde, tendo sido destacados, entre eles, as modalidades: grupos terapêuticos, os de psicoeducação, os de apoio e ou de orientação e treinamento como apresenta a Quadro 2.

Diante dos dados apresentados que auxiliam na compreensão do contexto, o presente estudo busca compreender o papel da TCC, em sua modalidade em grupo, como intervenção para cuidadores de idosos com TNM, uma vez que estes apresentam demandas urgentes em relação à própria saúde.

2 Método

A presente pesquisa trata-se de uma revisão sistemática da literatura que se destaca por potencializar uma busca ao permitir encontrar, de modo organizado, o maior número de resultados possíveis (KOLLER *et al.*, 2014) e que se constitui enquanto um trabalho crítico, reflexivo e compreensivo a partir da análise dos dados encontrados (FERNÁNDEZ-RÍOS; BUELA-CASAL, 2009 *apud* KOLLER *et al.*, 2014).

O tema norteador do estudo são intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo realizadas com cuidadores de idosos que possuem diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo Maior. Deste modo, a amostra se deu por artigos sobre intervenções grupais que tinham como abordagem a TCC. As bases de dados utilizadas foram SCIELO, LILACS e PubMed, sendo as consultas realizadas do dia 18 de março de 2021 ao dia 25 de março do mesmo ano.

Utilizando-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os descritores eleitos foram [Cuidadores AND Idoso AND Terapia Cognitivo-Comportamental] em português e [Aged AND Caregivers AND Cognitive Behavioral Therapy] em inglês, utilizados nas três bases de dados escolhidas. Na base PubMed, ainda foram ativados os filtros: *publication date (10 years)* e *article types (clinical trial)*.

Na SCIELO, foram encontrados dois títulos, um em português e um em espanhol, na PubMed foram encontrados 166 títulos em inglês e na

LILACS a pesquisa resultou em 7 artigos. Após a leitura dos 175 títulos, foram descartados os que claramente não atenderam ao objetivo da pesquisa, restando 18 artigos para a fase de leitura dos resumos. Os critérios de exclusão foram: artigos publicados há mais de 10 anos, artigos repetidos, artigos de revisão e artigos que tratavam de intervenções individuais presenciais, por telefone ou internet. Os critérios de inclusão foram artigos de ensaio clínico, que abordassem intervenções grupais baseadas na TCC, com cuidadores de idosos que apresentassem algum Transtorno Neurocognitivo Maior. Vale ressaltar, que devido a nomenclatura TNM ser ainda recente, os artigos ainda tratavam este quadro por demência.

Com a leitura dos resumos dos 18 artigos restantes, apenas 6 artigos atenderam a todos os critérios e foram selecionados para a realização da revisão sistemática.

3 Resultados

O Quadro 3 reúne os dados dos artigos selecionados para a leitura na íntegra, enumerados de um a seis a fim de identificá-los no decorrer do texto e apresenta os autores, o ano, o local em que a intervenção foi realizada e a base de dados em que o artigo foi encontrado.

Quadro 3. Artigos selecionados

Base de dados	Autores	Ano	País	N. do Artigo
LILACS	Fialho, Köenig, Santos, Barbosa e Caramelli	2012	Brasil	1
LILACS	Gonyea, López, e Velásquez	2016	EUA	2
PubMed	Gossink, Pijnenburg, Scheltens, Pera, Kleverwal, Korten, Stek, Dröes e Dols	2018	Holanda	3
PubMed	Losada, Márquez-González e Romero-Moreno	2010	Espanha	4
PubMed	Cheng, Lau, Mak, Ng, e Lam	2014	China	5
PubMed	Cheng, Chan, e Lam	2019	China	6

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nos dados dos artigos selecionados.

Durante a revisão, foram identificadas as informações sobre os cuidadores que participaram das pesquisas, como a idade, o sexo e a quantidade de horas que dedicam ao cuidado do idoso com TNM, bem como os sintomas que apresentavam antes da intervenção. Esses dados foram organizados no Quadro 4 juntamente com o número total de participantes que iniciaram e o número de participantes que finalizaram os grupos a fim de avaliar o engajamento.

Quadro 4. Características dos cuidadores participantes

Artigo	Participantes (n. inicial)	Participantes (n. final)	Média de Idade (desvio padrão)	Sexo	Horas dedicadas ao cuidado	Sintomas
1	45	40	54,4 (11,2)	90% feminino	n.e. ⁴	Alto nível de ansiedade, baixa qualidade de vida percebida. Depressão Maior em seis participantes
2	33	29	55,91 (12,95)	97% feminino	Aproximadamente 12h	Alto nível de angústia e sintomas depressivos e baixo senso de autoeficácia
3	15	n.e.	59,1 (11,1)	73,3% feminino	n.e.	Alta carga e estresse percebidos; sintomas depressivos, e baixa sensação de competência
4	82	68	60,60 (11,52)	81,7 % feminino	Em média 11,53 h/dia	Sintomas depressivos; baixa frequência de atividades de lazer; pensamentos disfuncionais sobre o cuidar
5	14	13	54,2 (7,0)	85% feminino	n.e.	Sintomas depressivos e sobrecarga
6	42	35	Igual ou maior de 18 anos (n.e.)	n.e.	Igual ou superior a 14h	Sintomas depressivos, sobrecarga e baixo bem-estar psicológico

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base nos dados oferecidos pelos artigos analisados.

⁴ n.e.= não especificado.

Quadro 5. Informações dos programas de TCCG

Artigo	Modalidade /Programa	Principais técnicas utilizadas	Período/duração	Principais resultados
1	Grupo de orientação e treinamento/ "Treinamento de habilidades sociais"	Treinamento de habilidades (cognitivas, emocionais e sociais); Psicoeducação; Suporte/empatia; Comparação social; Autogoverno, Autodidatismo; Reforço referencial; Estratégias cognitivas; Diário/cronograma de terapia; Organização da atividade; Tarefa de casa.	Oito sessões semanais com duração de duas horas cada	Redução dos níveis de ansiedade dos cuidadores e dos sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes. Aumento da qualidade de vida dos cuidadores e mudança no estilo de coping. Cinco dos seis participantes com Depressão Maior apresentaram melhora dos sintomas.
2	Grupo de orientação e treinamento/ "Ciclo de Cuidado"	Psicoeducação; Ativação comportamental; Resolução de Problemas; Relaxamento; Acompanhamento por telefone (coaching).	Cinco sessões semanais com 90 minutos de duração cada.	Redução da angústia e dos sintomas depressivos do cuidador e dos sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes; Aumento do senso de autoeficácia do cuidador.
3	Grupo de apoio	Suporte social; Psicoeducação; Modelo A-B-C de Ellis; Resolução de problemas; Distração; Construção de rotinas.	Cinco sessões ao longo de seis meses, com uma sessão de uma hora e 40 minutos a cada 4/5 semanas.	Aumento do senso de competência e certa redução dos sintomas depressivos e da carga e estresse percebidos.
4	Grupo de orientação e treinamento	Ativação comportamental; Tarefa de casa; Psicoeducação; Técnicas cognitivas, como Registro de Pensamentos.	12 sessões semanais, com duração de uma hora e meia a duas horas, e com até oito participantes por grupo.	Redução dos sintomas depressivos e dos pensamentos disfuncionais; Aumento na frequência de atividades de lazer.
5	Grupo de orientação e treinamento/ "Intervenção de Busca de Benefícios"	Psicoeducação sobre o modelo cognitivo, os TNM, a tarefa de cuidar, dentre outros temas; Reestruturação cognitiva; Desenvolvimento de habilidades de comunicação, resolução de problemas, de manejo do estresse e de relaxamento; Técnicas de enfrentamento; Apoio social.	Sessões semanais com duração de duas horas.	Redução dos sintomas depressivos e da sobrecarga
6	Grupo de orientação e treinamento/ "Intervenção de Busca de Benefícios"	Psicoeducação; Treinamento e atividades para reavaliação positiva e busca de benefícios; Uso de vídeos, diários, histórias hipotéticas e histórias pessoais compartilhadas com o grupo.	Grupos de 7-11 participantes; Sessões semanais, ao longo de oito semanas consecutivas, com duração de uma hora e meia a duas horas.	Redução significativa dos sintomas depressivos, redução moderada da carga global e aumento do bem-estar psicológico.

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nos dados das intervenções analisadas.

Já os dados das intervenções analisadas foram organizados no Quadro 5, sendo eles a respeito da modalidade da TCCG escolhida, as técnicas empregadas, o período de tempo em que ocorreu e a duração de cada grupo e os principais resultados.

Diante dos dados apresentados que auxiliam na compreensão do contexto, o presente estudo busca compreender o papel da TCC, em sua modalidade em grupo, como intervenção para cuidadores de idosos com TNM, uma vez que estes apresentam demandas urgentes em relação à própria saúde.

4 Discussão

Como visto também na literatura, a maioria dos responsáveis pelos cuidados de idosos com TNM que participou dos programas é do sexo feminino, pertencentes a faixa etária de 50 a 60 anos. Este resultado está de acordo com estudos anteriores que destacaram, entre outros problemas advindos do cuidado informal, a preocupação financeira, uma vez que essas mulheres, por falta de tempo e por sobrecarga, deixam seus empregos formais para servir aos cuidados do idoso, da casa e da família em tempo integral.

Além disso, foram observados, em todos os artigos analisados, níveis relevantes de sintomas depressivos nos cuidadores, que, após as intervenções, foram reduzidos. Somado a este resultado benéfico, tem-se a redução da sobrecarga percebida, dos níveis de ansiedade e da angústia, e um aumento do senso de competência e autoeficácia, do bem-estar psicológico, da frequência em atividades de lazer e da qualidade de vida.

Os artigos 1 e 2 ainda apresentaram resultados positivos também para aqueles que recebiam cuidados, uma vez que foi observado uma redução significativa de sintomas neuropsiquiátricos nos pacientes com TNM. Este resultado, provavelmente, está associado ao fato de, ao sentir-se melhor, o cuidador consegue prestar um suporte de melhor qualidade aos idosos dependentes.

A maioria destas intervenções baseadas na TCCG, cinco de seis, seguiu a modalidade de grupos de orientação e treinamento e um dos seis artigos analisados, o artigo 3, se tratava de um grupo de apoio, que também apresentou bons resultados. Dentre as técnicas utilizadas, a psicoeducação estava incluída em todos os programas, o que destaca seu valor terapêutico, além de outras como treinamento de habilidades cognitivas, emocionais e sociais, tarefas de casa, técnicas de resolução de problemas e de relaxamento, ativação comportamental, estratégias cognitivas, como diários e registro de pensamentos, reavaliação positiva e busca de benefícios terem aparecido em dois ou mais artigos.

Em relação ao número e duração das sessões, as intervenções 1 e 6, ambas grupos de orientação e treinamento, foram realizadas em oito sessões semanais de uma hora e meia a duas horas por sessão. Não se diferenciando muito das restantes, com exceção do artigo 3 que trouxe um grupo de apoio que ocorria a cada quatro ou cinco semanas, totalizando cinco encontros ao longo seis meses com duração de uma hora e quarenta minutos cada.

5 Conclusão

Ficou evidente, ao longo de toda realização do presente artigo, a relevância de se investigar e discutir, cada vez mais, a respeito da saúde dos cuidadores de idosos com Transtorno Neurocognitivo Maior, uma vez que a população idosa cresce progressivamente e que seus (suas) cuidadores (as) também pertencem em média a uma faixa etária em processo de envelhecimento.

De acordo com as pesquisas na bibliografia realizada para a escrita dos capítulos aliadas aos resultados encontrados a partir da análise sistemática dos artigos, é possível destacar que intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo podem ser uma fonte de grande suporte e de aumento da qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto de quem recebe os cuidados.

Uma limitação da pesquisa aparece com a quantidade final de estudos identificados para esta revisão. Desta forma, compreendemos

que mais estudos são necessários para que seja possível conhecer o alcance da TCCG na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida de cuidadores de idosos com TNM.

Entretanto, apesar da quantidade reduzida de estudos ter sido uma limitação, nosso estudo de revisão conseguiu elucidar algumas características presentes nos cuidadores, sendo um dado importante para a elaboração de planos de intervenção. Portanto, identificamos que esta pesquisa teve como principal achado discutir sobre a TCC em um grupo para cuidadores, identificando melhorias possíveis na intervenção destes pacientes.

Deste modo, faz-se urgente a necessidade de continuar a ampliar o número de pesquisas que investiguem os resultados de intervenções em TCCG com este público, para que desta forma, nossos idosos juntamente com seus cuidadores possam envelhecer da forma mais saudável possível.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 24 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 24 nov. 2022.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, spe 2, p. 1763-1768, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>. Acesso em: 24 nov. 2022.

CORREA, M. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

JACOB FILHO, W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 47, p. 27-32, abr. 2009. Disponível em: pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048659. Acesso em: 24 nov. 2022.

KOLLER, S. H.; COUTO, M. C. P. P.; HOHENDORFF, J. V. (orgs.). **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014.

LEITE, B. *et al.* Relação do perfil epidemiológico dos cuidadores de idosos com demência e a sobrecarga do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50171>. Acesso em: 24 nov. 2022.

LEMOS, J. R. C. **Relações entre as condições clínicas do idoso com demência e a sobrecarga do cuidador familiar**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/24727>. Acesso em: 24 nov. 2022.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista Saúde Pública**, v. 50, n. 81, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>. Acesso em: 24 nov. 2022.

NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. P. (orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**: das evidências à prática. Porto Alegre: Artmed, 2017.

OLIVEIRA, A. M. *et al.* Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: a Systematic Review. **BioMed Research International**, v. 2015, n. 218980, p. 1-9, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/218980>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS lança portal com dados mundiais sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas**. Brasília, 01 out. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-10-2020-oms-lanca-portal-com-dados-mundiais-sobre-saude-e-bem-estar-pessoas-idosas>. Acesso em: 02 out. 2020.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento físico e cognitivo na vida adulta tardia. *In*: _____. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. cap. 17, p. 570-603.

PERDIGÃO, L. M. N. B.; ALMEIDA, S. C. de; ASSIS, M. G. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. **Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 156-162, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p156-162>

PEREIRA, M. M. T. **Transtornos Neurocognitivos Leve e Maior**: módulo de psicoeducação para o programa REHACOG. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Coimbra. Coimbra [Portugal], 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/84111>. Acesso em: 24 nov. 2022.

PESSOA, R. M. P. *et al.* Da demência ao transtorno neurocognitivo maior: aspectos atuais. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n. 4, p. 5-17, dez. 2016. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rscfmit_zero/article/view/606

QUEIROZ, R. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 205-214, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170170>. Acesso em: 24 nov. 2022.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. (Org.). **Neuropsicologia hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SILVA, A. L. **Avaliação dos subtipos de Transtorno Neurocognitivo (Demência) em ambulatório de referência do Distrito Federal**. 2019. Dissertação (Programa de Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2019. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/tede/2648/2/AlineLaginstraeSilvaDissertacao2019.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2022.

SOUZA, L. C.; TEIXEIRA, A. L. Neuropsicologia das demências. *In*: FUENTES, D. *et al.* (Org.). **Neuropsicologia: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 26, p. 321-332.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of Healthy Ageing: 2020-2030**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>. Acesso em: 02 nov. 2020.

Sobre a autora

Thaís Viana da Silva  

Graduada em Psicologia pelo Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Campos dos Goytacazes. Está cursando especialização em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Dom Alberto, em Santa Cruz do Sul (RS). Psicóloga clínica com abordagem em terapia cognitivo-comportamental.

Email: vianathaisds@gmail.com

Histórico

Recebido em: 21/06/2022. Aceito em: 24/10/2022. Publicado em: 22/12/2022.