

## DISTÚRBIOS DE COMPORTAMENTO EM PACIENTES COM DEMÊNCIA

### IMPACTO SOBRE A VIDA DO CUIDADOR

REGIANE GARRIDO\*, OSVALDO P. ALMEIDA\*\*

---

**RESUMO** - Diversos estudos indicam que o cuidado de pacientes com demência está associado a sobrecarga importante sobre a vida do cuidador. Há evidências crescentes de que esse desgaste está mais intimamente ligado à presença de sintomas não cognitivos (ou psiquiátricos). Este estudo tem como objetivo realizar revisão sistemática da literatura sobre esse assunto de todos os trabalhos listados no banco de dados MedLine, que incluíssem os seguintes unitermos: 'burden or impact or cost' e 'dementia or Alzheimer's disease' e 'carer or caregiver or caregiving or family'. Foram incluídos artigos impressos entre janeiro de 1990 e janeiro de 1998. Quatorze estudos preencheram os critérios de inclusão da revisão, dentre aqueles disponíveis nas bibliotecas das universidades de São Paulo. Estes revelaram que transtornos de comportamento em pacientes dementados são importantes causas de sobrecarga na vida do cuidador, porém um consenso sobre o conceito desses transtornos ainda não está totalmente estabelecido. Além disto, não está claro quais sintomas não cognitivos são os principais responsáveis por aumento do impacto. Futuras pesquisas devem abordar esses aspectos no sentido de elucidar quais os melhores métodos de intervenção para esses casos.

**PALAVRAS-CHAVE:** demência, doença de Alzheimer, transtornos do comportamento, depressão, delírios, alucinações, psicose, burden, impacto, cuidador.

#### **Behavioural problems in patients with dementia and their burden on carers**

**ABSTRACT** - Many studies have suggested that caring for patients with dementia may be associated with increased burden, particularly when subjects present with prominent behavioural problems. The present work aimed to review studies appearing on MedLine between 1990 and January 1998 that included the following keywords: 'burden or impact or cost' and 'dementia or Alzheimer's disease' and 'carer or caregiver or caregiving or family'. Only fourteen of the studies retrieved fulfilled the entry criteria for this review: cross-sectional or longitudinal studies looking at the association between behavioural problems in patients with dementia and burden of carers. All studies indicated that behavioural disturbances are an important cause of burden, although there was little consistency on the definition of 'behavioural disturbances'. As a consequence, it is still unclear which behavioural symptoms are more closely associated with increased burden of care. Future research in the area should aim to clarify these issues and develop management strategies to decrease burden on carers of patients with dementia.

**KEY-WORDS:** dementia, Alzheimer's disease, behavioural disorders, depression, delusions, hallucinations, psychosis, burden, carer.

---

Demência é um termo genérico que caracteriza síndromes de etiologias diversas cujo aspecto fundamental é o prejuízo da memória. Somado a este, o comprometimento de pelo menos uma outra

---

Unidade para Idosos (UNID) do Departamento de Saúde Mental da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: \*Segunda Assistente da UNID; \*\*Primeiro Assistente da UNID. Aceite: 28-janeiro-1999.

Dra. Regiane Garrido - Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo - Rua Major Maragliano 241 - 04017-030 São Paulo SP - Brasil. Fax: 5087 7003. Email: unidsc@uol.com.br

função cognitiva (linguagem, praxia, gnosis ou funções executivas) deve estar presente. Os pacientes portadores de síndrome demencial vivem, em sua grande maioria, na comunidade<sup>1</sup>. Habitualmente eles necessitam de auxílio para a realização de várias atividades da vida diária e, como consequência, de um “cuidador”. O cuidador responsável é, na maioria das vezes, um familiar próximo (cônjuges ou filhos) e, mais raramente, outros parentes ou amigos<sup>2</sup>. A demência, sabidamente, evolui em estágios e, desde um quadro incipiente até uma demência grave, o cuidador é obrigado a enfrentar diversas dificuldades. O desenvolvimento de distúrbios de comportamento é um dos problemas que emergem com frequência durante a evolução da doença<sup>3</sup>. Assim, a vida do cuidador passa a ser influenciada tanto pelos aspectos cognitivos como comportamentais da demência<sup>4,5</sup>.

O termo ‘burden’, da língua inglesa, é o mais frequentemente utilizado para descrever os aspectos negativos associados ao cuidado de indivíduos doentes. Termos várias vezes utilizados como equivalentes incluem ‘fardo’, ‘impacto’, ‘sobrecarga’ e ‘interferência’. O conceito preciso da palavra ainda é muito discutido, principalmente por se referir apenas aos aspectos negativos do ato de cuidar. O conceito que nos parece bastante claro é o de Platt<sup>6</sup>, para quem o termo ‘burden’ se refere à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida das pessoas que são responsáveis pelo paciente. Os pesquisadores dividem, ainda, o estudo desta interferência em aspectos objetivos e subjetivos. O primeiro refere-se às dificuldades sociais advindas do ato de cuidar do paciente (rotina do lar, relações familiares, relações sociais, lazer, finanças); e o segundo refere-se ao estresse físico e mental sofrido pelo cuidador e seus familiares<sup>7</sup>.

Outro conceito que vem sendo muito discutido é o de ‘cuidador’. Malonebeach & Zarit<sup>8</sup> entendem que enquanto não houver consenso, é importante considerar o estado funcional do paciente, número e duração das tarefas que necessitam de supervisão e envolvimento emocional mínimo do cuidador com o paciente. Em geral cada estudo propõe, a seu modo, quais os critérios necessários para que alguém seja incluído numa pesquisa como cuidador. Em alguns casos, esses critérios sequer são explicitados<sup>9,10</sup>. Draper e col.<sup>11</sup> selecionaram cuidadores que fossem co-residentes e que atuassem no cuidado há mais de 6 meses. Hinrichsen e Niederehe<sup>12</sup> consideraram ‘o membro da família que provia cuidados ao paciente’ como definição de cuidador. Coen e col.<sup>13</sup> definiram cuidador como ‘o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente’. Como não dispomos de consenso para o conceito de cuidador, vale ainda o alerta de Dillehay e Sandys<sup>14</sup> de que a ‘falta de uma definição precisa sobre o assunto interfere até hoje com as pesquisas sobre o ato de cuidar’.

O terceiro e último conceito que vamos rever é o que se refere a ‘distúrbios do comportamento’ ou ‘alterações não cognitivas da demência’. Estes incluem um grupo de sintomas que, em sua maioria, relacionam-se a transtornos mentais e do comportamento como alucinações, delírios, tristeza, falta de interesse, agressão e perambulação. Consequentemente, as amostras de pacientes selecionadas para os estudos são bastante heterogêneas, com alguns enfatizando sintomas como agitação, agressão verbal, violência inesperada, distúrbios do sono, delírios e alucinações<sup>15</sup>, e outros enfatizando sintomas como ansiedade, preocupação, choro e tristeza, agressão verbal e/ou física<sup>16</sup>. Apesar disso, há um consenso emergente de que esses sintomas têm impacto sobre a vida do cuidador. Alguns autores acreditam que os sintomas deficitários (apatia, depressão, isolamento) seriam os de maior impacto sobre a vida do cuidador<sup>17</sup>, enquanto outros sugerem que agitação e comportamentos agressivos são mais frequentemente associados com o fardo do cuidar<sup>18</sup>. Poucos estudos questionam o conceito de ‘distúrbio de comportamento’ nas síndromes demenciais, embora vários autores tenham tentado defini-lo. Rabins<sup>17</sup> afirma que ‘não há um caminho melhor para se conceituar os transtornos de comportamento na demência’. Zaudig<sup>4</sup> concluiu que ‘apesar de os transtornos do comportamento e sintomas não cognitivos serem um componente integral da psicopatologia da demência, nenhuma descrição ou definição consensual pôde ser alcançada até o momento’.

Este estudo tem como objetivo revisar de forma sistemática os artigos abordando o impacto dos transtornos do comportamento sobre a vida do cuidador de pacientes com demência.

## MÉTODO

A revisão foi realizada pelo sistema MedLine, utilizando-se as palavras chaves: 'burden or impact or cost' e 'dementia or Alzheimer's disease' e 'carer or caregiver or caregiving or family', de janeiro de 1990 até janeiro de 1998, e suplementada por pesquisa manual. Dos 142 artigos listados pelo MedLine e pela pesquisa manual, apenas 76 (53,5%) foram encontrados nas bibliotecas da cidade de São Paulo. Destes, 35 avaliavam o impacto do cuidado do paciente demenciado sem abordar o aspecto 'comportamento'. Doze eram revisões discutindo vários aspectos da sobrecarga, citando apenas os transtornos de comportamento como exemplo. Quinze outros artigos discutiam questões relacionadas ao impacto apenas de maneira descritiva. Somente quatorze artigos (18,4%) eram sobre estudos que relacionavam o impacto do cuidador com os transtornos de comportamento do paciente. Um estudo avaliou a relação entre distúrbio de comportamento do paciente/depressão e saúde física do cuidador ao longo do tempo. Nenhuma revisão específica sobre a relação comportamento/impacto foi encontrada.

## RESULTADOS

Em nenhum dos 76 artigos encontrados, ou mesmo nos resumos dos artigos trazidos pelo sistema MedLine, encontrou-se relato de relação inversa entre comportamento e impacto. Em outras palavras, a maioria dos estudos não avalia o impacto que as alterações de comportamento do paciente têm sobre a vida do cuidador, embora aqueles que investigaram esse tipo de associação tenham observado uma interferência importante. O que descreveremos a seguir é uma revisão dos 14 estudos encontrados.

Os estudos incluídos diferem grandemente em sua metodologia. Apenas três deles (n=14) apresentavam grupos-controle. Observou-se variação importante no tamanho da amostra (25 a 474 pacientes) e no número de indivíduos com diagnóstico de demência (23 a 219). A procedência dos pacientes também foi diversificada: alguns estudos recrutaram pacientes de clínicas e ambulatórios de geriatria, enquanto outros abordavam indivíduos vivendo na comunidade.

Os instrumentos para avaliação cognitiva, comportamental, atividades de vida diária, saúde física e impacto, entre outros, variaram grandemente entre os estudos escolhidos; 68 instrumentos diferentes foram utilizados, variando de 2 a 17 por estudo.

As escalas utilizadas para avaliação dos transtornos de comportamento foram extremamente variadas, sendo a maioria delas escalas de sintomas e distúrbios psiquiátricos aplicados à população geral.

As descrições das características dos pacientes variaram grandemente entre os estudos. Em geral, 5 características principais são avaliadas na maioria dos relatos: idade, sexo, grau de deterioração cognitiva, gravidade do quadro demencial, e se o paciente e o cuidador moravam juntos. A idade média dos pacientes foi 76,07 anos. A média de idade dos controles avaliados foi 73,70 anos. Não foi possível avaliar se a diferença de idade destes em relação aos dementados é significativa, pois apenas dois artigos apresentaram idade de seus controles<sup>11,19</sup>. Sessenta por cento dos pacientes eram do sexo feminino. Cinquenta por cento dos controles eram mulheres.

O grau de deterioração cognitiva foi, em média, moderado. Os estudos utilizaram pacientes com escore < 23 no Mini Exame do Estado Mental como critério de inclusão e o escore médio entre os estudos foi 15,45. Também a gravidade do quadro demencial apresentou-se moderada, com Clinical Dementia Rating (CDR)<sup>20</sup> médio de 1,60.

Quase todos os estudos (85,7%) escolheram pacientes que co-residissem com seus cuidadores, talvez numa provável tentativa de avaliar fidedignamente o impacto do cuidado na vida do cuidador. Demência de tipos diferentes foram avaliadas, possivelmente porque a apresentação de prováveis distúrbios de comportamento não é exclusiva de nenhum tipo de demência em particular.

Grau de escolaridade e tempo de doença dos pacientes foram relatados em quatro estudos (28,5%); saúde física e estado civil em apenas dois (14,3%). Houve pouca padronização na coleta de dados demográficos, impedindo que estudo comparativo mais detalhado fosse realizado.

Escolaridade, por exemplo, varia grandemente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e interfere com o ponto de corte utilizado no Mini Exame do Estado Mental<sup>21</sup>. Renda mensal ou anual, citada em apenas um estudo, poderia oferecer melhor visão comparativa de populações de baixa, média e alta renda e sua correlação com sobrecarga do cuidador. Grupo racial do paciente, embora tema muito estudado como característica da família cuidadora<sup>22</sup>, foi também descrito em apenas um artigo.

Em relação aos cuidadores, sexo, idade e parentesco com o paciente foram as únicas variáveis em comum encontradas nesses estudos. Características como tempo de cuidado, grupo racial, rendimento anual, saúde física, condições de trabalho, grau de escolaridade e presença ou não de um segundo cuidador foram todas analisadas em um ou dois estudos no máximo, a critério do autor. Alguns dados acima citados são de relevância e interesse na literatura, atuando muitas vezes como variáveis no impacto do cuidador<sup>1,23</sup>. Os cuidadores eram em sua maioria mulheres (63,3%), com idade média de 63,16 anos para os de demência e 67,70 anos para cuidadores dos controles. Mais de 50% eram cônjuges, seguidos por 38,3% de filhos(as).

Os pacientes eram significativamente mais velhos que seus cuidadores ( $t = -5,50$ ,  $p < 0,0001$ ), não ocorrendo o mesmo com os grupos controles ( $t = -7,67$ ,  $p = 0,083$ ). A sobrecarga dos cônjuges (53,3% da amostra) está provavelmente ligada à relação pré-mórbida do casal e personalidade do paciente antes da doença<sup>24</sup>.

Todos os estudos concordam que o impacto ou sobrecarga sofridos na vida do cuidador, assim como o desenvolvimento de sintomas depressivos, têm relação direta com a presença de transtornos psiquiátricos apresentados pelos pacientes. Nos três estudos realizados com grupos controles, os cuidadores de pacientes com demência apresentaram maiores índices de impacto que cuidadores de pacientes com depressão, indivíduos que sofreram acidente vascular cerebral ou idosos hígidos da comunidade (controles).

Sete artigos (50,0%) registraram relação positiva entre transtornos de comportamento do paciente e desenvolvimento de sintomas depressivos no cuidador. Sete estudos (50,0%) sugeriram que a sobrecarga estava associada ao comprometimento das atividades da vida diária do paciente, enquanto um estudo<sup>13</sup> relatou não haver relação entre essas duas variáveis. Quatro artigos (28,5%) não detectaram piora do impacto em relação à gravidade do quadro demencial, mas outros três (21,4%) encontram exatamente o contrário. Prováveis diferenças metodológicas e/ou de análise de dados, além dos diferentes instrumentos utilizados nos estudos devem ser responsáveis pelos resultados acima referidos. Tempo de doença influenciando impacto foi avaliado em apenas três estudos, não havendo também consenso da relação entre eles. O uso de psicotrópicos pelos cuidadores de demenciados é maior que em grupos controles (cuidadores de seqüelados de acidente vascular cerebral e idosos hígidos)<sup>11,25</sup>.

Em contrapartida, outros itens avaliados apresentam relação negativa com o fardo do cuidar. Por exemplo, os níveis de depressão desenvolvidos pelo cuidador num primeiro momento se mantêm estáveis, ocorrendo decréscimo nos níveis de sobrecarga com o passar do tempo<sup>19,25</sup>. Apesar da sobrecarga, muitos cuidadores se sentem gratificados com os aspectos do cuidar<sup>11,26</sup>. O estado cognitivo do paciente não influencia o impacto<sup>27</sup>. Intervenções psicoeducacionais com cuidadores que facilitem o manejo do paciente, bem como mais de uma pessoa responsável pelo cuidado, resultam em diminuição do impacto<sup>12</sup>. Além disso, a limitação social e afetiva do cuidador diminui com o passar do tempo, assim como a gravidade do impacto<sup>19</sup>.

## DISCUSSÃO

Apenas 3 dos 14 trabalhos incluídos nesta revisão foram prospectivos. A Tabela 1 apresenta as características metodológicas desses estudos.

O que se pôde notar em relação aos instrumentos é que apenas três são amplamente utilizados: Mini Exame do Estado Mental<sup>28</sup> (MEEM) para avaliação cognitiva (64,2%), 'Zarit Burden Interview'<sup>29</sup>

Tabela 1. Características dos estudos sobre a associação entre transtornos do comportamento e 'burden' encontrados após revisão sistemática (1990-1998).

Estudo	Total da amostra	Paciente com demência	Grupo controle	Desenho	Procedência dos sujeitos
Schultz & Williamson, 1991 <sup>25</sup>	172	172	Não	Longitudinal	Centros para doença de Alzheimer (Pittsburg e Cleveland)
Teunisse et al, 1991 <sup>9</sup>	30	30	Não	Transversal	Clínica de memória do centro acadêmico-médico de Amsterdam
Draper et al, 1992 <sup>11</sup>	99	51	48 pacientes pós-acidente vascular cerebral	Transversal	Serviço geriátrico para idosos com comprometimento físico e mental (Sidney)
Rankin et al, 1992 <sup>27</sup>	121	121	Não	Transversal	Programa de transtornos cognitivos da West Virgínia University
Mangone et al, 1993 <sup>39</sup>	25	25	Não	Transversal	Serviço de neurologia de Pilar (Argentina)
Hadjistavrtopoulos, 1994 <sup>10</sup>	136	105	Não	Transversal	Ambulatório clínico (Vancouver)
Hinrichsen & Niederehe, 1994 <sup>10</sup>	152	152	Não	Transversal	Serviços clínicos diversos (Nova Iorque)
Weiger, 1994 <sup>26</sup>	61 pacientes 40 cuidadores	61	Não	Transversal	Subamostra de estudo de comunidade Universidade de Liverpool
Hinchliffe et al, 1995 <sup>22</sup>	40	40	Não	Longitudinal	Subamostra de estudo na comunidade – Londres
Gransfström & Winblad, 1995 <sup>19</sup>	474	219	219 c/ demência 255 s/ demência.	Longitudinal	Subamostra de estudo de comunidade (Estocolmo)
Majerovitz, 1995 <sup>38</sup>	54	54	Não	Transversal	Programas variados (grupos de ajuda a cuidadores, programas para demenciados, etc.) Nova Iorque
Wijeratne & Lovestone, 1996 <sup>37</sup>	40	23	23 demência. 17 depressão	Transversal	Unidade psicogeriátrica em Londres
Coen et al, 1997 <sup>13</sup>	50	50	Não	Transversal	Clínica de memória de Dublin
Victoroff et al, 1998 <sup>18</sup>	35	35	Não	Transversal	Clínicas para demência (Califórnia)
	Média	Média	3 controles	3 longitudin.	3 subamostras de estudos da comunidade
Total	106,35	88,53	11 s/controles	11 transvers.	

Tabela 2. Correlação entre sintomas depressivos, 'burden', saúde física e mental dos cuidadores com distúrbios de comportamento do paciente demenciado.

Estudo	Depressão x Comportamento	'Burden' x Comportamento	Saúde Mental/Física x Comportamento
Schultz & Williamson, 1991 <sup>25</sup>	Tempo 1 - Sim		
	Tempo 3 - Sim	-	-
	Tempo 4 - Sim		
Teunisse et al, 1991 <sup>9</sup>	-	Sim	-
Draper et al, 1992 <sup>11</sup>	-	Sim	-
Rankin et al, 1992 <sup>27</sup>	-	Sim	-
Mangone et al, 1993 <sup>39</sup>	-	Sim	-
Hadjistavrtopoulos 1994 <sup>10</sup>	Sim	-	-
Hinrichsen & Niederehe, 1994 <sup>12</sup>	-	Sim	Sim
Weiger, 1994 <sup>26</sup>	-	Sim	-
Hinchliffe et al, 1995 <sup>22</sup>	-	-	Sim
Gransfström & Winblad, 1995 <sup>19</sup>	-	Sim	-
Majerovitz, 1995 <sup>38</sup>	Sim	Sim	-
Wijeratne & Lovestone, 1996 <sup>37</sup>	-	-	Sim
Coen et al, 1997 <sup>13</sup>	-	Sim	-
Victoroff et al, 1998 <sup>18</sup>	CMAI* - Sim	CMAI* - Sim	
	BEHAVE** - Não	BEHAVE** - Sim	-

\*Cohen-Mansfield Agitation Inventory

\*\*Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale.

para avaliação do impacto na vida do cuidador (42,8%), e Índice de Atividades de Vida Diária<sup>30</sup> sobre o estado funcional do paciente (35,7%). A falta de padronização desses instrumentos dificulta a comparação entre os estudos e a generalização dos achados.

Em relação às escalas, somente três utilizadas foram desenvolvidas especificamente com o objetivo de avaliar distúrbios de comportamento em pacientes demenciados: 'Revised Memory and Behaviour Problems Checklist'<sup>16</sup> (RMBPC) — três estudos, 'Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease'<sup>31</sup> (Behave-AD) e 'Dementia Behaviour Disturbance Scale'<sup>32</sup> (DBDS) — um estudo cada. Isto significa que 9 dos 14 estudos em questão não avaliaram a gravidade dos transtornos de comportamento de forma sistemática.

A média de idade dos pacientes acima dos 70 anos basicamente exclui demências de aparecimento precoce (antes dos 65 anos). Vale lembrar que a demência pré-senil tende a evoluir mais rapidamente e está, com frequência, associada à presença de delírios persecutórios, alucinações e agitação grave<sup>18</sup>. Apesar disso, pouco se sabe sobre distúrbios de comportamento e sobrecarga dos cuidadores nesses casos.

Era de se esperar que por volta de 70% dos dementados fossem do sexo feminino, uma vez que doença de Alzheimer é responsável por aproximadamente 50% do total de casos de demência e

apresenta prevalência maior entre as mulheres<sup>33</sup>. Já os controles não demenciados (deprimidos, com seqüela de acidente vascular cerebral e idosos hígidos da comunidade) perfizeram exatamente 50% para cada sexo. Este equilíbrio reside provavelmente no fato que: (1) depressão de início tardio não apresenta predomínio entre sexos<sup>34</sup>; (2) pacientes que sofreram acidente vascular cerebral são em maior número do sexo masculino (4,5 homens/3,8 mulheres<sup>35</sup>); e (3) idosos da comunidade apresentam predomínio feminino na maioria dos países<sup>36</sup>. A amostra de cuidadores apresenta 63,3% de mulheres, sendo possível que a parcela de filhas seja maior que a de esposas, uma vez que também 60,0% dos demenciados são do sexo feminino. Em geral, cuidadores do sexo feminino apresentam maiores índices de sobrecarga<sup>27</sup> e depressão<sup>25</sup>.

Como citado anteriormente, não há uma padronização de instrumentos de avaliação entre os estudos. Além disto, muitos deles não registram seus resultados de maneira estatística, objetiva, apenas relatando de forma descritiva seus resultados. Mesmo assim, a Tabela 2 apresenta os resultados da relação comportamento/ 'burden' dos 14 estudos avaliados por este artigo.

O fardo do cuidar não está associado apenas às alterações de comportamento do paciente, mas também com a pouca disponibilidade de suporte social<sup>12,25</sup>, disfunção ou dificuldade do paciente na realização de tarefas rotineiras<sup>9,37</sup>, insatisfação do cuidador com a assistência recebida de parentes ou amigos<sup>11,37</sup>, incontinência<sup>26</sup>, muitas horas de cuidado diário quando o nível de adaptabilidade do cuidador é baixo<sup>38</sup>, relação pré-morbida da dupla paciente/cuidador insatisfatória<sup>37</sup>.

Mangone<sup>39</sup>, Hadjistavropoulos<sup>10</sup> e seus respectivos colaboradores afirmam que os déficits objetivos dos pacientes não são diretamente preditivos de sobrecarga, enquanto a percepção que o cuidador tem da gravidade destes déficits o são. Wenger<sup>26</sup> relata que há um preocupante baixo grau de envolvimento entre equipes psicogerítricas com dementados e seus cuidadores. Questiona se isto reflete uma falta de referência de outras especialidades que eventualmente atendam esses pacientes ou se não há disponibilidade dessas equipes nos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

Síndromes demenciais afetam grande número de idosos em todo o mundo. Com o aumento na expectativa de vida, o número de pessoas que apresentam demência vem aumentando progressivamente. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência têm impacto negativo na vida do cuidador, tornando-os mais vulneráveis ao desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos, além de contribuírem para deterioração das condições físicas. Além disso, as dificuldades crescentes com o cuidado do paciente aumentam a chance de que este venha a ser institucionalizado, onerando ainda mais os já deficitários serviços de saúde disponíveis para o atendimento dessa população. Assim, é importante determinar quais são os distúrbios de comportamento que causam maior dificuldade ao cuidador e desenvolver estratégias eficazes para o controle desses sintomas. A psicogeriatría tem, portanto, papel fundamental no manejo desses pacientes e seus cuidadores, já que essa é a via final comum para a grande maioria dessa população.

**Agradecimentos** - Osvaldo P. Almeida é parcialmente financiado pelo CNPq, Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Baumgarten M, Hanley JA, Infante-Rivard C, et al. Health of family members caring for elderly persons with dementia: a longitudinal study. *Ann Intern Med* 1994;120:126-132.
2. Vitaliano PP, Maiuro RD, Ochs H, Russo J. A model of burden in caregivers of DAT patients. In *Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress: directions of research*. Washington: Henisthere, 1990:267-291.
3. Almeida OP, Almeida KMH, Vaisman H. Abordagens psicoterápicas para idosos demenciados. In Forlenza OV, Almeida OP (eds). *Depressão e demência no idoso. Tratamento psicológico e farmacológico*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997:167-192.
4. Zudig M. Behavioural disturbances of dementia in DSM-IV and CID-10: fact or fiction? *Int Psychogeriatr* 1996;8:285-288.
5. Ritchie K. Behavioural disturbances of dementia in ambulatory care settings. *Int Psychogeriatr* 1996;8:439-442
6. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985;15:383-393.
7. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:289-297.

8. Malonebeach EE, Zarit SH. Current research issues in caregiving to the elderly. *Int J Aging Hum Dev* 1991;32:103-114.
9. Teunisse S, Derix MMA, van Crevel H. Assessing the severity of dementia. *Arch Neurol* 1991;48:274-277.
10. Hadjistavrouopoulos T, Taylor S, Tuokko H, et al. Neuropsychological deficits, caregiver's perception of deficits and caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:308-314.
11. Draper BM, Poulos CJ, Cole AMD, et al. A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:896-901.
12. Hinrichsen GA, Niederehe G. Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *Gerontologist* 1994;34:95-102.
13. Coen RF, Swanwick GR, O'Boyle C, et al. Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:331-336.
14. Dillehay RC, Sandys MR. Caregivers for Alzheimer's patients: what we are learning from research. *Int J Aging Hum Dev* 1990;30:263-285.
15. Huckle PL. Review: families and dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:735-741.
16. Teri L, Truax P, Longston R, et al. Assessment of behavioural problems in dementia: the revised memory and behaviour problems checklist. *Psychol Aging* 1992; 7:622-631.
17. Rabins PV. Behavioural disturbances of dementia: practical and conceptual issues. *Int Psychogeriatr* 1996;8:281-283.
18. Victoroff J, Mack WJ, Nielson KA. Psychiatric complications of dementia: impact on caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1998;9:50-55.
19. Grafström M, Winblad B. Family burden in the care of the demented and nondemented elderly - a longitudinal study. *Alzh Dis Assoc Disord* 1995;9:78-86.
20. Berg L. Clinical dementia rating. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:637-639.
21. Bertolucci PHF. Instrumentos clínicos para avaliação do paciente demenciado. In: Almeida OP, Nitrini R (eds). *Demência*. São Paulo: Fundação Byk, 1995:82-93.
22. Hinrichsen GA, Ramirez M. Black and white dementia caregivers: a comparison of their adaptation, adjustment and services utilization. *Gerontologist* 1992;32:375-381.
23. Parks SH, Piliusik M. Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *Am J Orthopsychiat* 1991;61:501-509.
24. Reis MF, Andres D, Gold DP, et al. Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *Int J Aging Hum Dev* 1994;39:257-271.
25. Schultz R, Williamson GM. A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychol Aging* 1991;6:569-578.
26. Wenger GC. Dementia sufferers living at home. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:721-733.
27. Rankin ED, Haut MW, Keefover RW. Clinical assessment of family caregivers in dementia. *Gerontologist* 1992;32:813-821.
28. Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res* 1975;12:189-198.
29. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-655.
30. Katz S, Ford AB, Moskowitz RV, et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL. *J Am Med Assoc* 1963;185:914-919.
31. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al. Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987;48:9-15.
32. Baumgarten M, Becker R, Gauthier S. Validity and reliability of the dementia behaviour disturbance scale. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:221-226.
33. Brayne C. How common are cognitive impairment and dementia? An epidemiological viewpoint. In: Huppert FA, Brayne C, O'Connor DW (eds). *Dementia and normal aging*. Cambridge: Cambridge Univ Press, 1994:167-207.
34. Blazer DG. The origins of late life depression. In: DG Blazer (ed). *Depression in late life*. 2 Ed. Saint Louis: Mosby, 1993:65-126.
35. Babikian VL, Kase CS, Wolf PA. Cerebrovascular disease in the elderly. In: Albert ML, Knoefel JE (eds). *Clinical neurology of aging*. 2 Ed. New York: Oxford Univ Press 1994:548-568.
36. Mann A. Epidemiology. In: Jacoby R, Oppenheimer C (eds). *Psychiatry in the elderly*. 2 Ed. Oxford Univ Press, 1997: 3-68.
37. Wijeratne C, Lovestone S. A pilot study comparing psychological and physical morbidity in carers of elderly people with dementia and those with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:741-744.
38. Majerovitz SD. Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patients with dementia. *Psychol Aging* 1995;10:447-457.
39. Mangone CA, Sanguinetti RM, Baumann PD, et al. Influence of feelings of burden on the caregiver's perception of the patient's functional status. *Dementia* 1993;4:287-293.