

Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência

Strategies used by informal caregivers to face neuropsychiatric symptoms in elderly people with dementia

Lívia Mara Naves Barros Perdigão¹, Simone Costa de Almeida²,
Marcella Guimarães Assis³

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p156-162>

Perdigão LMNB, Almeida SC, Assis MG. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017 maio-ago.;28(2):156-62.

RESUMO: Estudo objetiva discutir as estratégias que os cuidadores informais utilizaram frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. Uma amostra de 26 cuidadores respondeu um questionário sociodemográfico, o Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) e informou sobre as estratégias psicossociais utilizadas frente aos distúrbios neuropsiquiátricos. Os resultados foram descritos em frequência. A média de idade dos cuidadores foi de 57,54 anos; 84,61% do sexo feminino; 50% filhos dos idosos; e o tempo médio como cuidador foi de 7,51 anos. Os sintomas mais prevalentes foram apatia, agitação/agressividade, ansiedade e depressão. Os cuidadores relataram estratégias próprias para abordar as alterações de comportamento, e dentre as mais frequentes destacaram-se não confrontar o idoso; distraí-lo; envolvê-lo em atividades; utilizar o diálogo. As intervenções psicossociais podem facilitar o gerenciamento das alterações comportamentais na demência e diminuir a sobrecarga em relação ao cuidado, sendo importante oferecer aos cuidadores informações que contribuam para o enfrentamento dessas alterações.

DESCRITORES: Demência/terapia, Doenças do sistema nervoso; Cuidadores; Idoso.

Perdigão LMNB, Almeida SC, Assis MG. Strategies used by informal caregivers to face neuropsychiatric symptoms in elderly people with dementia. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017 May-Aug.;28(2):156-62.

ABSTRACT: This study aims to discuss strategies used by informal caregivers regarding neuropsychiatric symptoms in elderly people with dementia. A sample of 26 caregivers answered a demographic questionnaire, the Neuropsychiatric Inventory (NPI), and reported on the psycho-social strategies used against neuropsychiatric disorders. The results were described in frequency. The mean age of the caregivers was 57.54 years old; 84.61% were women; 50% were the elderly son or daughter; and the mean time as caregivers was 7.51 years. The most prevalent symptoms were apathy, agitation/aggression, anxiety, and depression. The caregivers reported their own strategies to address behavior changes, and among the most frequent ones there were: not to confront the elderly but to distract them, to involve them in activities or to use dialog. Psychosocial interventions can facilitate the management of behavior changes in dementia and reduce care overload. Also, offering caregivers information that contributes to coping with such alterations is of great importance.

KEYWORDS: Dementia/therapy; Nervous system diseases; Caregivers; Aged.

Manuscrito apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em cumprimento das exigências da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

Instituição de Realização do Trabalho: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC/UFMG.

1. Terapeuta Ocupacional; Especialista em Saúde do Idoso pela Residência Integrada Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC/UFMG. E-mail: licksbarros@gmail.com
2. Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: salmeida@ufmg.br
3. Professora Titular do Departamento de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Marcella Guimarães Assis. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: mga@ufmg.br

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno de abrangência mundial que, no Brasil, acontece em ritmo acelerado. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, em 2000, a população idosa brasileira era representada por mais de oito milhões de pessoas e, no último Censo Demográfico, em 2010, ultrapassou 20 milhões.

Neste grupo populacional a prevalência de doenças infectocontagiosas tem diminuído e, as doenças crônicas-degenerativas não transmissíveis, entre elas, as demências, têm aumentado². A demência é uma síndrome que se refere a diferentes doenças neurodegenerativas progressivas que afetam, principalmente, os idosos, e pode ser caracterizada como um declínio geral das funções cognitivas que cursa com um progressivo déficit funcional, social e profissional, conduzindo a uma perda da autonomia e independência para as atividades de vida diária (AVD)³.

Especialmente nas fases moderada a avançada da demência, o idoso pode apresentar sintomas neuropsiquiátricos. Esse conjunto de sintomas abrange a agitação, o comportamento motor aberrante, a ansiedade, a euforia, a irritabilidade, a depressão, a apatia, a desinibição, o delírio, a alucinação e as alterações de sono ou apetite⁴.

A prevalência desses sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com demência é bastante elevada e sua identificação se faz por meio de escalas padronizadas de avaliação aplicadas ao familiar/cuidador, sendo o Inventário Neuropsiquiátrico (NPI)⁵ o instrumento mais utilizado nos estudos^{2,4}. Em um estudo realizado pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) com idosos acompanhados pelo ambulatório de geriatria, 98% dos idosos com demência apresentavam um ou mais sintomas neuropsiquiátricos, sendo a agitação psicomotora, comportamento motor aberrante e a apatia os sintomas mais frequentes⁶.

O impacto dos sintomas neuropsiquiátricos e dos distúrbios cognitivos no cotidiano do idoso com demência e da sua família é grande, pois a progressiva redução da funcionalidade e da autonomia gera uma necessidade cada vez maior de auxílio para realização das AVD e, conseqüentemente, demanda a presença de um cuidador. O cuidador pode ser definido como formal ou informal. O cuidador formal é um profissional com formação específica ou contratado, e o cuidador informal

é um familiar, amigo ou vizinho que desenvolve tarefas de apoio e cuidados voluntários⁷.

Ademais, os sintomas neuropsiquiátricos acarretam diminuição da qualidade de vida, institucionalização precoce e aumento das comorbidades clínicas dos pacientes, além de maior sobrecarga e estresse emocional para os cuidadores⁶. Ressalta-se que, com a progressão da demência, a dependência nas AVD, o comprometimento cognitivo e as alterações comportamentais do idoso, tornam-se mais evidentes, demandando cuidados mais complexos e por um tempo maior³.

A abordagem dos sintomas neuropsiquiátricos inclui intervenções farmacológicas e psicossociais. As primeiras referem-se ao emprego de antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, inibidores da colinesterase (ChEIs) e memantina. As intervenções psicossociais compreendem a estimulação sensorial (música, aromaterapia, massagem); as atividades estruturadas baseadas no desempenho funcional e no interesse da pessoa idosa com demência; o contato social; a formação e treinamento dos cuidadores; entre outras^{8,9}. Segundo Gauthier et al.⁸, elas devem ser a primeira opção de tratamento, seguidas pela medicação menos prejudicial, pelo menor tempo possível. Destaca-se ainda que essas intervenções contribuem para a prevenção, o gerenciamento, a diminuição ou supressão da ocorrência dos sintomas, e para redução do estresse do cuidador.

Este estudo objetivou discutir as estratégias que os cuidadores informais utilizam frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo do qual participaram cuidadores informais de idosos com diagnóstico de demência, atendidos pelo serviço de Terapia Ocupacional no ambulatório de um hospital universitário. Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser cuidador informal de idoso que apresentava sintomas neuropsiquiátricos.

Um questionário semiestruturado foi utilizado para identificar as características sociodemográficas dos cuidadores (idade, sexo, escolaridade, estado civil, se reside com o idoso). Para identificação dos distúrbios neuropsiquiátricos foi aplicado o Inventário Neuropsiquiátrico (NPI)⁵, traduzido e adaptado para a população brasileira¹⁰. Esse instrumento é administrado ao cuidador e avalia 12 sintomas neuropsiquiátricos: delírios, alucinações, agitação, depressão/disforia, ansiedade, apatia, irritabilidade, euforia/elação, desinibição, comportamento motor aberrante, comportamento noturno, alterações

alimentares. Cada item é avaliado em relação à frequência (1 - ocasionalmente a 4 - muito frequente) e intensidade (1 - leve a 3 - grave). O escore total é obtido multiplicando a frequência pela intensidade, podendo variar de 0 a 144 pontos. As estratégias utilizadas pelos cuidadores, frente aos sintomas neuropsiquiátricos dos idosos, foram informadas após a aplicação do Inventário Neuropsiquiátrico. Os cuidadores responderam o questionário e o Inventário, no ambulatório, enquanto o idoso era atendido no setor de Terapia Ocupacional.

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha eletrônica para análise descritiva e foi utilizado o programa Excel 2010. Os resultados foram descritos em tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer ETIC 334/06) e os cuidadores dos idosos, que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O serviço ambulatorial de Terapia Ocupacional do Hospital Universitário atendia, no momento da pesquisa, 36 idosos, sendo que cinco não possuíam diagnóstico de demência; dois não apresentavam sintomas neuropsiquiátricos; um era cuidado por um cuidador formal; e os cuidadores de outros dois idosos se recusaram a participar da pesquisa. Dessa maneira, foram entrevistados 26 cuidadores informais.

Dentre os participantes da pesquisa, 84,61% eram do sexo feminino; 61,53% casados e 46,15% com idade superior a 60 anos. A média de idade dos cuidadores foi de 57,54 anos ($\pm 14,08$). Quanto ao perfil educacional dos cuidadores, 61,53% possuíam mais de oito anos de escolaridade. Em relação ao grau de parentesco, 50% eram filhos dos idosos e 73,07% residiam com a pessoa cuidada. O tempo médio que os entrevistados exerciam o papel de cuidador foi de 7,51 anos ($\pm 8,63$) e 69,23% dedicavam mais de 18 horas diárias ao cuidado (Tabela 1).

Em relação aos sintomas neuropsiquiátricos, 61,53% dos idosos apresentavam até cinco sintomas e os mais prevalentes foram apatia (84,61%) e agitação/agressividade (80,76%) (Tabela 2). Quando questionados sobre as estratégias para abordar esses sintomas, 84,61% relataram utilizar estratégias a partir das próprias experiências e 15,38% disseram não conhecer

estratégias. A Tabela 3 apresenta as estratégias utilizadas pelos cuidadores.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos cuidadores informais

Característica	N	%
Sexo		
Feminino	22	84,61
Masculino	4	15,38
Idade		
39 anos ou menos	3	11,53
40 a 49 anos	5	19,23
50 a 59 anos	6	23,07
60 anos ou mais	12	46,15
Parentesco		
Filho	13	50
Cônjuge	10	38,46
Sobrinho	1	3,84
Irmã	1	3,84
Nora	1	3,84
Estado civil		
Casado	16	61,53
Solteiro	5	19,23
Separado	4	15,38
Víuvo	1	3,84
Co-residência com o idoso		
Sim	19	73,07
Não	7	26,92
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	3,84
1 a 8 anos de escolaridade	9	34,61
Mais de 8 anos de escolaridade	16	61,53
Horas diárias dedicadas ao cuidado		
1 a 6 horas	6	23,07
6 a 12 horas	1	3,84
12 a 18 horas	1	3,84
Mais de 18 horas	18	69,23
Cuidador há quanto tempo		
Menos de 1 ano	1	3,84
1 a 3 anos	8	30,76
3 a 6 anos	7	26,92
Mais de 6 anos	10	38,46

Tabela 2 – Sintomas neuropsiquiátricos apresentados pelos idosos

Sintoma neuropsiquiátrico	N	%
Apatia	22	84,61
Agitação/Agressividade	21	80,76
Ansiedade	16	61,53
Depressão	14	53,84
Alteração alimentar	12	46,15
Comportamento motor aberrante	13	50
Irritabilidade	11	42,3
Delírio	8	30,76
Desinibição	8	30,76
Alucinação	8	30,76
Alteração do sono	6	23,07
Euforia/Elação	5	19,23

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que 46,15% dos cuidadores apresentavam idade superior a 60 anos, ou seja, idosos cuidando de outros idosos, resultado corroborado pelo estudo de Oliveira e Caldana¹¹. Esses autores ressaltam que o cuidador idoso, ao assumir o cuidado, deve considerar o seu próprio processo de envelhecimento, bem como a presença de doenças crônico-degenerativas.

Os cuidadores eram predominantemente do sexo feminino e possuíam mais de oito anos de escolaridade, como também encontrado no estudo de Cabral e Nunes¹². Além disso, 50% dos cuidadores eram filhos dos idosos, 61,53% eram casados e 73,07% residiam com os idosos, dados estes que coincidem com o estudo de Marins et al.³. Estas características dos cuidadores favorecem o aumento da sobrecarga, uma vez que eles são responsáveis por outras tarefas, como afazeres domésticos e trabalho extradomiciliar, além de assumir diferentes papéis familiares, como esposa, mãe, dona de casa³.

Tabela 3 – Estratégias utilizadas pelos cuidadores no gerenciamento das alterações de comportamento

Sintoma	Estratégia								
	Valida sintoma (reafirma; concorda)	Nega o sintoma	Não confronta (não interfere; espera o sintoma passar; ignora)	Distrai o idoso	Envolve em atividade (passear; caminhar; jogar um jogo; atividades domésticas)	Diálogo	Repreende o idoso/confronta	Oferece alimentos de preferência do idoso	Controla quantidade de alimento
Delírio	37,50%	25%	25%	12,50%					
Alucinação	12,50%		25%	62,50%					
Apatia			9,09%		63,63%	27,27%			
Desinibição			50%	37,50%			12,50%		
Agitação/Agressividade			42,85%	4,76%		33,33%	14,28%		
Irritabilidade			90,90%		9,09%				
Depressão			14,28%		7,14%	78,57%			
Comportamento motor aberrante			46,15%		15,38%	38,46%			
Alteração do sono			66,66%			33,33%			
Ansiedade			25%		12,50%	62,50%			
Alteração do apetite			8,33%			25,00%		50%	16,66%
Euforia/Elação	60%					40%			

Em relação ao tempo despendido com o cuidado, os entrevistados informaram utilizar mais de 18 horas por dia. Valores elevados de horas diárias destinadas ao cuidado também foram encontrados no estudo de Gratao et al.¹³. Como há uma perda progressiva da autonomia e independência do idoso, prestar cuidados significa assistilos em suas necessidades básicas e assumir suas funções sociais, e, para isso, há um grande dispêndio de tempo¹³.

Em relação aos sintomas neuropsiquiátricos, os mais prevalentes identificados foram a apatia, a agitação/agressividade, a ansiedade e a depressão. Arakaki et al.¹⁴ também encontraram a prevalência de ansiedade, agitação, depressão e apatia, além de delírio e comportamento motor aberrante em idosos com demência. Pacientes com apatia frequentemente apresentam perda funcional mais acelerada devido à redução da motivação, e este sintoma está associado com o aumento da sobrecarga do cuidado e do sofrimento do paciente e cuidador¹⁵. A agitação e agressividade estão frequentemente relacionadas a dificuldades em relação ao cuidado, alto índice de lesões, uso de medicamentos psicotrópicos e institucionalizações¹⁶. Fernández et al.¹⁷ mostraram que a ansiedade predomina nas fases iniciais da demência quando os pacientes têm consciência sobre seus déficits. Ressalta-se que o comprometimento nas atividades de vida diária, de maneira mais acentuada, é sugerido em pacientes que apresentam sintomas depressivos no curso da demência¹⁸. Os cuidadores relataram também outros sintomas como a alteração alimentar, o comportamento motor aberrante, a irritabilidade, o delírio, a desinibição, a alucinação, a alteração do sono, a euforia/elação, que ocorreram com menos frequência. Estes sintomas podem ser decorrentes do fato de pessoas com demência terem dificuldade em expressar suas necessidades, como dor, tristeza, medo, o que resultam em alterações de comportamento³.

As estratégias para abordar as alterações de comportamento, citadas pelos entrevistados, foram desenvolvidas a partir da experiência de cuidar do idoso, uma vez que nenhum dos cuidadores familiares participou de treinamentos. Segundo Gratao et al.¹³, o cuidar a partir de recursos próprios pode gerar um misto de sentimentos de raiva, amor e obrigação no familiar, culminando na exaustão e estresse do mesmo. Cabe ressaltar que no Brasil há carência de rede assistencial que ofereça suporte às famílias que cuidam de idosos dependentes. Entretanto, quando há assistência efetiva e um acolhimento adequado pelos serviços de saúde, os familiares podem adquirir habilidades e conhecimentos necessários ao processo de cuidar¹⁹.

No presente estudo, as estratégias utilizadas pelos cuidadores para abordar a ansiedade, agitação/agressividade e irritabilidade foram não confrontar o idoso, transmitir calma e tranquilidade. Considerando a alta prevalência de agressividade em idosos com demência, mesmo nos recém-diagnosticados¹⁶, essas estratégias poderão contribuir para melhorar o desempenho nas atividades de vida diária, especialmente durante o banho e a alimentação. Em relação à abordagem da ansiedade e da agressividade, Sakamoto et al.²⁰ ressaltaram os efeitos benéficos das intervenções utilizando música para redução destes sintomas.

Para o manejo da apatia e da depressão, os cuidadores citaram utilizar o diálogo, não confrontar o idoso e envolvê-lo em atividades. Estas estratégias assemelham-se às encontradas no estudo de Maci et al.²¹, no qual foi utilizada uma abordagem integrada baseada na estimulação cognitiva, atividade física e socialização de idosos com demência de Alzheimer, obtendo redução significativa da depressão e da apatia, e efeitos positivos na qualidade de vida.

As estratégias mais utilizadas pelos cuidadores na alteração alimentar foram oferecer alimentos de preferência do idoso e o diálogo. O cuidador, durante o diálogo, deve priorizar frases objetivas e curtas, e não deve tentar persuadir o idoso ou confrontá-lo. Leme et al.²² indicaram como estratégias na alimentação do idoso a intervenção no ambiente, deixando o local das refeições mais tranquilo e agradável, e também a distribuição diária dos alimentos em cinco ou seis refeições.

Quanto ao comportamento motor aberrante, os cuidadores relataram estratégias como envolver o idoso em atividades. Como este sintoma interfere diretamente na realização das atividades de vida diária, o cuidador, considerando o histórico ocupacional do idoso, deve propor atividades adaptadas e/ou simplificadas. Corroborando este resultado, um estudo, de revisão sistemática e meta-análise, apontou efeitos positivos de exercícios físicos, como caminhada e dança, nesse comportamento²³.

Em relação aos sintomas psicóticos - delírios e alucinações - os cuidadores relataram validar ou negar o sintoma, não confrontar o idoso e tentar distraí-lo. Na abordagem desses sintomas Rayner et al.²⁴ distinguiram intervenções destinadas ao idoso e ao cuidador. As primeiras incluem modificação do comportamento, estimulação sensorial, intervenção no ambiente visando segurança, e manutenção de rotinas consistentes de refeições, exercícios e sono. Quanto à modificação do comportamento, confirmando os resultados do presente estudo, os referidos autores destacaram que é melhor distrair o idoso, que tentar

argumentar com ele. A intervenção destinada ao cuidador engloba a instrução sobre as características dos sintomas psicóticos e as estratégias de enfrentamento, como manter a calma e uso do toque, que pode ser benéfico para idosos que apresentam delírios.

Não confrontar o idoso foi a estratégia de manejo da desinibição utilizada, no presente estudo, pelos cuidadores. Apesar dos comportamentos sexualmente inapropriados, como a desinibição, serem relatados como incomuns, eles causam grande sofrimento para os pacientes e cuidadores²⁵. Os idosos com demência, à medida que as alterações cognitivas e de julgamento aumentam, podem não saber como satisfazer suas necessidades de proximidade e intimidade. Assim, a expressão de sua sexualidade pode resultar em comportamentos desafiadores para o cuidador manejar, e gerar constrangimento, ansiedade e desconforto^{26,27}. As intervenções psicossociais, na abordagem da desinibição, incluem a modificação do comportamento, por meio da distração do idoso, e programas de capacitação, treinamento de habilidades e suporte para o cuidador^{25,27}.

Para gerenciar as alterações do sono, os cuidadores relataram não confrontar o idoso, esperar o sintoma passar, e o diálogo. Em um estudo sobre um grupo de apoio a cuidadores familiares de idosos, os cuidadores apontaram como estratégia, utilizada nas alterações do sono, envolver o idoso em atividades durante o dia²².

Outras intervenções psicossociais que podem ser utilizadas pelos cuidadores, mas não foram citadas pelos entrevistados neste estudo, são o uso de aromaterapia, utilizando óleo de lavanda e melissa para controle da agitação²⁸; a prática de atividade física regular para abordar a agitação/agressividade, ansiedade, desinibição, irritabilidade e alterações do apetite²⁹; e a higiene do sono, que inclui a manutenção do horário para dormir, limitar o tempo de dormir durante o dia, evitar o álcool, a nicotina e a cafeína e urinar antes de dormir³⁰.

CONCLUSÃO

As intervenções psicossociais podem facilitar o gerenciamento das alterações comportamentais de pessoas idosas com demência. No presente estudo, os cuidadores utilizaram estratégias baseadas em experiências próprias para manejo dos sintomas neuropsiquiátricos, que estão, em sua maioria, respaldadas pela literatura.

Mas, cabe destacar que a participação do cuidador em grupos de capacitação e treinamento poderá expandir seu rol de estratégias, favorecer a troca de experiências e possibilitar uma permanente atualização. O desenvolvimento de pesquisas futuras poderá mensurar a efetividade dessas estratégias no bem-estar do idoso com demência, bem como na redução do estresse e da sobrecarga de cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 [citado 21 jul. 2011]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide.
2. Fukushima RLM, Carmo EG, Pedrosa RV, Micali PN, Donadelli PS, Fuzaro Junior G, et al. Effects of cognitive stimulation on neuropsychiatric symptoms in elderly with Alzheimer's disease: a systematic review. *Dement Neuropsychol*. 2016;10(3):178-84. doi: 10.1590/S1980-5764-2016DN1003003.
3. Marins AMF, Hansel CG, Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):352-6. doi: 10.5935/1414-8145.20160048.
4. Stella F, Forlenza OV, Laks J, Andrade LP, Avendaño MAL, Sê EVG, et al. The Brazilian version of the Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C): reliability and validity in dementia. *Int Psychogeriatr*. 2013;25 (9):1503-11. doi: 10.1017/S1041610213000811.
5. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(5 Supl 6):10-6. Disponível em: https://medschool.vanderbilt.edu/psychiatry-geriatric-fellowship/files/psychiatry-geriatric-fellowship/public_files/The%20Neuropsychiatric%20Inventory-%20Assessing%20psychopathology%20in%20dementia%20patients.pdf.
6. Brenekamp MG, Rodrigues LR, Lage, RR, Laks J, Cabral HWS, Morelato RL. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):763-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13192>.
7. Rafacho M, Oliver FC. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2010;21(1):41-50. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v21i1p41-50.
8. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's

- disease. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(3):346-72. doi: 10.1017/S1041610209991505.
9. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Curr Treat Opt Neurol.* 2013;15:765-85. Doi: 10.1007/s11940-013-0257-2.
 10. Camozzato AL, Kochhann R, Simeoni C, Konrath CA, Franz AP, Carvalho A, et al. Reliability of the Brazilian Portuguese version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) for patients with Alzheimer's disease and their caregivers. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(2):383-93. doi: 10.1017/S1041610207006254.
 11. Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde Soc.* 2012;21(3):675-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300013>.
 12. Cabral BPAL, Nunes CMP. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015;26(1):118-27. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p118-127>.
 13. Gratao ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Hass VJ, Lange C, Talmellis LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):873-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400003>.
 14. Arakaki BK, Tsubaki JNS, Caramelli P, Nitrini R, Novelli MMPC. Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2012;23(2):113-21. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i2p113-121>.
 15. Robert P, Onyike CU, Leentjens AFG, Dujardin K, Aalten P, Starkstein S, et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *Eur Psychiatry.* 2009;24(2):98-104. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.09.001.
 16. Kunik ME, Snow AL, Davila JA, McNeese T, Steele AB, Balasubramanyam V, et al. Consequences of aggressive behavior in patients with dementia. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci.* 2010;22(1):40-7. doi: 10.1176/appi.neuropsych.22.1.40.
 17. Fernández M, Gobartt AL, Balana M, the COOPERA Study Group. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurol.* 2010;10(87). doi: 10.1186/1471-2377-10-87.
 18. Rapp MA, Schnaider-Beeri M, Grossman HT, Sano M, Perl DP, Purohit DP, et al. Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer disease with a lifetime history of major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(2):161-7. doi: 10.1001/archpsyc.63.2.161.
 19. 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. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/1798>.
 20. Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(5):775-84. doi: 10.1017/S1041610212002256.
 21. Maci T, Le Pira F, Quattrocchi G, Di Nuovo S, Perciavalle V, Zappia M. Physical and cognitive stimulation in Alzheimer disease. The GAIA Project: a pilot study. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2012;27(2):107-13. doi: 10.1177/1533317512440493
 22. Leme JB, Oliveira DC, Cruz KCT, Higa CMH, D'Elboux MJ. Grupo de apoio a cuidadores familiares de idosos: uma experiência bem sucedida. *Cienc Cuid Saúde.* 2011;10(4):739-45. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18318.
 23. Barreto PS, Demougeot L, Pillard F, Lapeyre-Mestre M, Rolland Y. Exercise training for managing behavioral and psychological symptoms in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2015;24:274-85. doi: 10.1016/j.arr.2015.09.001.
 24. Rayner AV, O'Brien JG, Schoenbachler B. Behavior disorders of dementia: recognition and treatment. *Am Fam Phys.* 2006;73(4):647-52. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2006/0215/p647.pdf>.
 25. Torrisi M, Cacciola A, Marra A, De Luca R, Bramanti P, Calabrò RS. Inappropriate behaviors and hypersexuality in individuals with dementia: an overview of a neglected issue. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(6):865-74. doi: 10.1111/ggi.12854.
 26. Cipriani G, Ulivi M, Danti S, Lucetti C, Nuti A. Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics.* 2016;16(2):145-53. doi: 10.1111/psyg.12143.
 27. Wallace M, Safer M. Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatr Nurs.* 2009;30(4):230-7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.09.001.
 28. Ballard C, Corbett A. Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs.* 2010;24(9):729-39. doi: 10.2165/11319240-000000000-00000.
 29. Stella F, Canonici AP, Gobbi S, Santos-Galduroz RF, Cação JC, Gobbi LTB. Attenuation of neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in Alzheimer's disease by motor intervention: a controlled trial. *Clinics.* 2011;66(8):1353-60. doi: 10.1590/S1807-59322011000800008.
 30. Salami O, Lyketsos C, Rao V. Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26(8):771-82. doi: 10.1002/gps.2609.

Recebido em: 07.02.2017

Aceito em: 27.07.2017