

# Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática

Group interventions focused on the burden of caregivers of patients with dementia: a systematic review

Raquel Luiza Santos<sup>2</sup>, Maria Fernanda Barroso de Sousa<sup>2</sup>, Denise Brasil<sup>1</sup>, Márcia Dourado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista em Psicogeriatría do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ).

<sup>2</sup>Mestranda em Saúde Mental do IPUB-UFRJ.

<sup>3</sup>Professora colaboradora do IPUB-UFRJ.

Recebido: 22/11/2010 – Aceito: 3/2/2011

## Resumo

**Contexto:** Além de orientações gerais sobre como lidar com o paciente, o cuidador familiar do sujeito com demência deve receber apoio para enfrentar as dificuldades do progresso da doença e aliviar a sua sobrecarga, seus sintomas depressivos e ansiosos. **Objetivos:** Avaliar os modelos teóricos e metodológicos utilizados, assim como o efeito das intervenções de grupo na sobrecarga de cuidadores de pessoas com demência. **Método:** Busca nas bases de dados ISI, PubMed/Medline, SciELO e Lilacs de artigos sobre a eficácia de intervenções não farmacológicas com cuidadores de pessoas com demência, entre janeiro de 1999 e agosto de 2010, utilizando as palavras-chave: “demência”, “cuidador”, “sobrecarga”, “intervenções não farmacológicas” e “grupo/grupos”. Os estudos encontrados foram organizados em duas categorias: intervenções psicoeducacionais ou psicossociais e psicoterapêuticas. **Resultados:** Foram selecionados 37 artigos, sendo 31 de abordagem psicoeducacional ou psicossocial e 6, psicoterapêutica, com resultados estatisticamente significativos relacionados à eficácia das intervenções em grupo para a sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência. Em 33 casos, houve melhora principalmente nos escores de depressão e estresse dos cuidadores. **Conclusão:** Apesar de apresentarem índices de eficácia, as intervenções em grupo para cuidadores de pessoas com demência ainda necessitam de estudos randomizados que visem à solução de problemas metodológicos importantes desse tipo de tratamento, como a falta de padronização das abordagens educacionais, o número de participantes ou o período de duração do grupo.

Santos RL, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011;38(4):161-7

**Palavras-chave:** Demência, revisão, cuidador, intervenção não farmacológica.

## Abstract

**Background:** Besides receiving general orientations about how to deal with a patient with dementia, the caregiver needs support to cope with the progress of the disease and to alleviate his burden, as well as his depressive and anxious symptoms. **Objectives:** To evaluate the theoretical and methodological models used, as well as the effect of the group interventions on the burden of caregivers of people with dementia. **Method:** Search of articles at ISI, PubMed/Medline, SciELO and Lilacs about the efficacy of non pharmacological interventions with caregivers of patients with dementia, from January 1999 to August 2010, using the keywords: “dementia”, “caregiver”, “burden”, “non pharmacological interventions”, and “group/groups”. The studies found were organized in two categories: psychoeducational or psychosocial interventions and psychotherapeutic interventions. **Results:** Thirty seven articles were selected, 31 psychoeducational or psychosocial interventions and 6 psychotherapeutic ones, with statistically significant results related to the efficacy of group interventions on the burden of caregivers of people with dementia in 33 cases. There was an improvement especially on the scores of caregivers’ depression and stress. **Discussion:** In spite of efficacy, the group interventions for caregivers of people with dementia still need randomized studies aimed at the solution of important methodological problems of this kind of treatment, like the lack of standardized educational approaches, the number of participants or the duration of the group.

Santos RL, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011;38(4):161-7

**Keywords:** Dementia, review, caregiver, non pharmacological intervention.

## Introdução

A sobrecarga do cuidador é definida como o conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados por aqueles que cuidam de pacientes com algum tipo de comprometimento<sup>1-3</sup>. Os estudos sobre as síndromes demenciais sugerem que a sobrecarga do cuidador é um dos fatores responsáveis pelas dificuldades de manejo dos sintomas psiquiátricos e da institucionalização precoce do paciente<sup>4-6</sup>.

Normalmente, o cuidador deve responsabilizar-se pela rede de cuidados necessários ao sujeito. No entanto, é comum o desconhecimento sobre como lidar adequadamente com o idoso com demência, surgindo a necessidade de orientação e suporte<sup>7</sup>. O cuidador pode ser conduzido ao estresse crônico e ao isolamento social, o que incrementa os riscos de patologias físicas e mentais, como depressão,

ansiedade e *burnout*<sup>8</sup>. Portanto, o cuidador também se torna foco de cuidado, recebendo cada vez mais atenção dos profissionais e serviços de saúde.

As intervenções direcionadas ao cuidador podem ser de cunho psicoeducacional, psicossocial ou psicoterapêutico e objetivam a compreensão e a aceitação do diagnóstico, a criação de estratégias de enfrentamento e o conhecimento sobre recursos possíveis para o manejo e possibilidade de expressar preocupações e emoções<sup>9,10</sup>. Os estudos na área sugerem que essas intervenções apresentam resultados significativos no alívio da sobrecarga e da depressão dos cuidadores, acarretando aumento das habilidades relacionadas ao cuidar, além de melhora da qualidade de vida dessas pessoas<sup>11</sup>. Entretanto, a maioria dos estudos não caracteriza os pressupostos teóricos utilizados nessas intervenções, transformando as pesquisas na área em um campo heterogêneo e de difícil replicação. Assim sendo, esta

revisão sistemática tem como objetivo avaliar os modelos teóricos e metodológicos utilizados, assim como o efeito das intervenções não farmacológicas de grupo na sobrecarga de cuidadores de pessoas com demência.

## Método

Foi realizada uma busca nas bases *Science Citation Index (Institute for Scientific Information – ISI)*, PubMed, SciELO e Lilacs, procurando artigos, de janeiro de 1999 a agosto de 2010, em português, inglês e espanhol, que descrevessem a eficácia de intervenções não farmacológicas com cuidadores informais de pessoas com demência. Considerou-se cuidador informal como o principal responsável, não contratado, pelos cuidados com os pacientes com demência. Utilizaram-se as palavras-chave “*dementia*”, “*caregiver*”, “*burden*”, “*group*” e “*non-pharmacological intervention*”, com as combinações: “*dementia AND caregiver AND burden*”, “*dementia AND burden AND group*”, “*dementia AND burden AND non-pharmacological intervention*”, “*dementia AND caregiver AND burden AND group*”, “*dementia AND caregiver AND burden AND non-pharmacological intervention*”, “*dementia AND caregiver AND burden AND non-pharmacological intervention AND group*”. Foram adotados os seguintes limites: *humans, English, Spanish, Portuguese, all adult: +19 years, publication date from 1999/01/01 to 2010/08/31*.

Foram excluídos artigos em que havia apenas avaliação de sobrecarga do cuidador sem intervenção ou avaliação de cuidadores formais (profissionais), que apenas avaliaram o uso de

instrumentos em cuidadores ou pacientes, que abordaram outras patologias neurológicas ou psiquiátricas, que avaliaram intervenções para cuidados gerais e comunicação com foco no paciente, que descreveram intervenções não farmacológicas individuais, domiciliares ou a distância, bem como programas de exercícios físicos ou terapia ocupacional realizados com cuidadores de pacientes com demência, e artigos de revisão sistemática, metanálise ou sem casuística.

Inicialmente, todos os resumos selecionados foram lidos por dois avaliadores. Os avaliadores agruparam de forma independente o objetivo, desenho do estudo, metodologia, instrumentos utilizados e resultados relacionados à sobrecarga dos cuidadores. Os resumos aprovados pelos dois avaliadores eram incluídos na revisão. Os que apresentassem discordância eram submetidos a um terceiro avaliador.

## Resultados

Foram encontrados 510 artigos na base ISI, 630 na PubMed, 4 no SciELO e 4 na Lilacs. Retiradas as referências cruzadas constantes em mais de uma base, foram selecionados 26, dos quais 3 foram excluídos por não ter sido possível encontrar a versão completa. Foram adicionados manualmente 14 artigos identificados nas referências bibliográficas dos artigos avaliados.

Os artigos selecionados (n = 37) foram categorizados em dois tipos de intervenção em grupo com cuidadores de idosos com demência. Na primeira categoria (Tabela 2), 31 artigos avaliaram a eficácia de intervenções psicoeducacionais ou psicossociais.

**Tabela 1.** Seleção dos estudos avaliados

Domínios	Critérios de exclusão	Excluídos
	N = 1110 ↓	
Desenho do estudo	Revisão, metanálise ou sem casuística ↓ N = 996	114
Intervenção	Sem intervenção Individual, domiciliar, a distância, programas de exercícios físicos e terapia ocupacional Foco em cuidados gerais e comunicação com o paciente ↓ N = 602	322 47 25
Participantes do grupo	Apenas pacientes Famíliares de pacientes com outras patologias ↓ N = 71	406 125
Avaliações	Validade de instrumentos ↓ N = 0	71

**Tabela 2.** Intervenções psicoeducacionais de grupo com cuidadores

Autor/Ano	Amostra	Desenho	Instrumentos	Intervenção	Resultados
Kurz <i>et al.</i> <sup>44</sup> , 2010	N = 292	Randomizado	MMSE, NPI, ADCS-ADL, MADRS, SF-36, RUDlight, PSQ	Palestras informativas em sete sessões Palestra única para grupo controle	Não há diferenças significativas na depressão e qualidade de vida do cuidador
Guerra <i>et al.</i> <sup>45</sup> , 2010	N = 58	Randomizado	Avaliação dos cuidadores: ZBI, SRQ-20, WHOQOL-BREF Avaliação dos pacientes: NPI-Q, DEMQOL	Três módulos: avaliação, educação básica e treinamento para lidar com problemas comportamentais. Informação e apoio	Diferença significativa na sobrecarga do cuidador Não foram observadas diferenças entre os grupos em relação a estresse psicológico dos cuidadores e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores
Aakhus <i>et al.</i> <sup>33</sup> , 2009	N = 16 grupo de intervenção e n = 14 grupo controle	Randomizado	GHQ30, IES, GDS30 <sup>1</sup>	Palestra informativa única	Melhores resultados no grupo controle e piora na ansiedade
Andrade <sup>12</sup> , 2009	N = 16	Randomizado	Escala Psicossocial del Cuidador	10 sessões semanais Informação e apoio	Diferenças significativas nos problemas psicológicos do cuidador

continuação

Au <i>et al.</i> <sup>27</sup> , 2009	N = 13 grupo de intervenção e N = 14 grupo controle	Randomizado	CES-D, RSCSE, CWOC	Base TCC, 13 sessões semanais, 2h, 5-8 participantes	Diferenças significativas na autoeficácia, reação aos pacientes e uso de estratégias de enfrentamento
Gelmini <i>et al.</i> <sup>15</sup> , 2009	N = 74	Não randomizado	CBI, RSS, questionário sobre estado emocional do cuidador e sua relação com o paciente	12 sessões de curso educativo Informação e apoio	Diferenças significativas na sobrecarga, estresse, ansiedade, nervosismo, insatisfação, pessimismo, depressão, sentimentos de culpa e relação com o paciente
Lewis <i>et al.</i> <sup>41</sup> , 2009	N = 209	Não randomizado	<i>Reisberg Classification Scale</i> , SCB, PSS, SF-36, SQ, CES-D	9 sessões semanais, 90 min. Miscelânea	Diferenças significativas no estresse, sobrecarga, depressão, ansiedade, raiva/hostilidade, saúde geral, vitalidade função social, saúde mental
Wolff <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 2009	N = 156 grupo de intervenção e N = 152 grupo controle	Randomizado	CES-D, CSI, pesquisa de opinião sobre programa	Informação e apoio: 6 sessões semanais, 90 min Grupo de apoio mensal	Diferenças significativas na depressão. Tensão tende a aumentar no grupo controle após 6 meses
Andrén <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 2008 <sup>a</sup>	N = 153 grupo intervenção e N = 155 grupo controle	Randomizado	ADL, <i>Berger Scale</i> , CBS, MMSE, NHP	Informação e apoio: 5 sessões semanais, 2h Grupo conversa: 3 meses, sessões quinzenais, 90 min	Adiamento do tempo de institucionalização do paciente
Andrén <i>et al.</i> <sup>14</sup> , 2008 <sup>b</sup>	N = 153 grupo intervenção e N = 155 grupo controle	Randomizado	ADL, <i>Berger Scale</i> , CASI, CBS, NHP	Informação e apoio: 5 sessões semanais, 2h Grupo conversa: 3 meses, sessões quinzenais, 90 min	Diferenças significativas na tensão, sobrecarga, insatisfação
Chien e Lee <sup>18</sup> , 2008	N = 44 grupo de intervenção e N = 44 grupo controle	Randomizado	CBI, WHOQOL-BREF, SSSQ, NPI, MMSE, FSSI	Informação e apoio: 12 sessões quinzenais, 2h, 6 meses	Diferença significativa na sobrecarga
Devor e Renvall <sup>42</sup> , 2008	N = 88	Não randomizado	Avaliação da sobrecarga do cuidador e percepção da competência para cuidar	Palestras, informação e apoio	Diferenças significativas na competência e sobrecarga
Haley <i>et al.</i> <sup>46</sup> , 2008	N = 122 grupo de intervenção e N = 132 grupo controle	Randomizado	Versão online do <i>Social Security Death Index</i> , GDS <sup>1</sup>	Informação e apoio: 2 sessões individuais, 4 com a família (4 meses) Grupo semanal Disponibilidade por telefone	Diferença significativa nos sintomas depressivos
Hepburn <i>et al.</i> <sup>30</sup> , 2007	N = 30 grupo de intervenção e N = 22 grupo controle	Randomizado	RMBPC, CBS, <i>CES-D</i> , <i>Mastery scale</i> , BACS	Palestras informativas 12h	Diferenças significativas no conhecimento e tensão
Ulstein <i>et al.</i> <sup>29</sup> , 2007	N = 87 grupo intervenção e N = 84 grupo controle	Randomizado	RSS, NPI, MMSE, DAD	Educação (3h) Técnicas cognitivas: 6 sessões, 2h (4,5 meses) <i>Workshops</i>	Não houve efeito nos resultados primários
Perren <i>et al.</i> <sup>47</sup> , 2006	N = 65 grupo de intervenção e N = 63 grupo controle	Randomizado	MMSE, NPI, CERAD, fluência verbal, teste relógio, AVD, <i>Swiss health survey</i> , SEIQoL, entrevistas bem-estar geral	Miscelânea: 8 sessões semanais	Diferenças significativas no bem-estar e adaptação a prejuízos do paciente
Ducharme <i>et al.</i> <sup>21</sup> , 2001	N = 45 grupo de intervenção, N = 51 grupo controle intervenção de comparação e N = 41 grupo controle sem intervenção	Randomizado	PDI, SAM, CAMI, 4 itens sobre percepção da sobrecarga competência para lidar com profissionais	Estratégias de enfrentamento, 10 sessões semanas, 90 min	Diferenças significativas na relação com profissionais, enfrentamento, percepção de apoio
Lavoie <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2005	N = 30	Não randomizado	Entrevistas semiestruturadas	4 sessões com aspecto cognitivo 11 sessões de estratégias de enfrentamento	Diferenças significativas na educação, enfrentamento, frequência de sintomas comportamentais dos pacientes e comportamento dos cuidadores
Smith e Bell <sup>32</sup> , 2005	54 cuidadores rurais e 42 urbanos	Randomizado	Avaliações e questionários	Palestras: 1, 2 ou 3 semanas <i>Savvy Caregiver</i>	Diferenças significativas na depressão, aumento do uso de grupo de apoio
Berger <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2004	N = 18 díades grupo intervenção e N = 18 díades grupo controle	Não randomizado	MMSE, SKT, GDS <sup>1</sup> , GDS <sup>2</sup> , BCRS, BEHAVE-AD, IADL, PSMS, NOSGER, ZBI, BDI	Informação e apoio: sessões semanais, 1h Com os pacientes: treinamento cognitivo, relaxamento, musicoterapia	Sem diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo controle após 6, 12 ou 24 meses de tratamento

Gallagher-Thompson <i>et al.</i> <sup>28</sup> , 2003	95 grupo "Coping with Caregiver" e 108 grupo apoio	Randomizado	ADL, IADL, MMSE, CES-D, RWCCCL, ISSP, RMBPC	Base TCC	Diferenças significativas nos sintomas depressivos, estratégias de enfrentamento adaptativo
Hepburn <i>et al.</i> <sup>31</sup> , 2003	N = 140	Randomizado	RMBPC, CBS CES-D, Mastery scale, BACS	Palestras informativas, 12h	Diferenças significativas nas habilidades, conhecimentos, confiança, sobrecarga
Hébert <i>et al.</i> <sup>46</sup> , 2003	N = 60 grupo de intervenção e N = 56 grupo controle	Randomizado	RMBPC, ZBI <i>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (State)</i> <i>Bradburn Revised Affective Scale</i> <i>Inventory of Socially Supportive Behavior</i> <i>Ilfeld Psychiatric Symptoms Index</i>	15 sessões semanais de 2h  Avaliação cognitiva (4 sessões e estratégias de enfrentamento (11 sessões))	Diferenças significativas nas reações dos cuidadores a sintomas comportamentais dos pacientes
Hosaka e Sugiyama <sup>24</sup> , 2003	N = 20	Não randomizado	POMS GHQ-30 Coleta de amostras de sangue	Miscelânea 5 sessões de 90 min	Diferenças significativas na depressão, raiva, hostilidade, fadiga, confusão, sintomas físicos, ansiedade
Morano e Bravo <sup>10</sup> , 2002	N = 20	Não randomizado	<i>Caregiver Knowledge Survey</i> , entrevista de conhecimento, utilização de serviços e grupos de apoio, entrevista final de avaliação do programa	Miscelânea 5 dias consecutivos, total 20h	Diferenças significativas na informação, uso de serviços comunitários, participação em grupos de apoio, estratégias de enfrentamento
Hepburn <i>et al.</i> <sup>49</sup> , 2001	N = 60 grupo de intervenção e N = 34 grupo controle	Randomizado	MMSE, RMBPC, CES-D, BACS	Informação e treinamento: 7 sessões semanais, 2h	Diferenças significativas na reação a comportamentos, estresse, depressão, sobrecarga
Coen <i>et al.</i> <sup>43</sup> , 1999	N = 28	Não randomizado	MMSE, DBD, <i>Blessed-Roth Dementia Scale</i> , SEIQoL-DW, ZBI, GHQ-30, tolerância aos comportamentos da DBD, SS-A, conhecimentos sobre demência, avaliação da melhora ou declínio após 6-7 meses	Informação e apoio: 8 sessões semanais, 2h	Sem diferença significativa na depressão e sobrecarga
Hosaka e Sugiyama <sup>25</sup> , 1999	N = 20	Não randomizado	POMS, GHQ-30	Miscelânea: 5 sessões semanais, 90 min	Diferenças significativas na depressão, raiva/hostilidade, fadiga, confusão, sintomas físicos, ansiedade
Mizuno <i>et al.</i> <sup>26</sup> , 1999	N = 56 (total = intervenção + grupo controle)	Não randomizado	POMS, GHQ-30, amostras de sangue	Miscelânea: 5 sessões semanais, 90 min	Diferenças significativas na depressão, raiva, hostilidade, tensão, ansiedade, confusão, adoecimento geral, disfunção social, ansiedade/disforia, estresse
Ostwald <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2003	N = 60 grupo intervenção e N = 34 grupo controle	Randomizado	CBS, CES-D, RMBPC, MMSE, questionário de depressão, sobrecarga e respostas aos pacientes	Miscelânea: 7 sessões semanais, 2h	Diferenças significativas na reação a comportamentos disruptivos dos pacientes e na sobrecarga do cuidador
Wilkins <i>et al.</i> <sup>34</sup> , 1999	N = 11	Não randomizado	GDS, BDI, BAI, ZBI, MMSE, amostras de 60 ml de sangue dos cuidadores	8 sessões, 90 min Miscelânea: enfrentamento do estresse, técnicas TCC, informação e apoio	Não há diferença significativa nos resultados avaliados

ADCS-ADL: *Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living*; ADL: *Activities of Daily Living Scale*; BACS: *Beliefs About Caregiving Scale*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; BCARS: *Brief Cognitive Rating Scale*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BEHAVE-AD: *Behavioral Abnormalities in Alzheimer's Disease Rating Scale*; CAMI: *Carers' Assessment of Managing Index*; CASI: *Carers' Assessment of Satisfaction Index*; CBI: *Caregiver Burden Inventory*; CBS: *Caregiver Burden Scale*; CERAD: *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*; CES-D: *Center for Epidemiological Studies - Depression Scale*; CSI: *Caregiver Strain Index*; CSS: *Caregiver Satisfaction Scale*; CWOC: *Chinese Way of Coping Questionnaire*; DAD: *Disability Assessment for Dementia Scale*; DBD: *Dementia Behavior Disturbance Scale*; DEMQOL: *Qualidade de vida na demência*; FSSI: *Family Support Services Index*; GDS: *Geriatric Depression Scale*; GDS\*: *Global Deterioration Scale*; GHQ: *General Health Questionnaire*; IADL: *Instrumental Activities of Daily Living*; IES: *Impact of Event Scale*; ISSP: *Inventory of Socially Supportive Behaviors*; MADRS: *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*; MMSE: *Mini Mental State Examination*; NHP: *Nottingham Health Profile Scale*; NOSGER: *Nurses Observation Scale for Geriatric Patients*; NPI, NPI-Q: *Neuropsychiatric Inventory*; PDI: *Psychological Distress Index*; POMS: *Profile of Mood States*; PSMS: *Physical Self Maintenance Scale*; PSQ: *17-item Participant Satisfaction Questionnaire*; PSS: *Perceived Stress Scale*; QV: *Qualidade de vida/RSS: Relatives' Stress Scale*; RMBPC: *Revised Memory and Behavior Problem Checklist*; RSCE: *Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy*; RUD-light: *Resource Utilization in Dementia, short form*; RWCCCL: *Revised Ways of Coping Checklist*; SAM: *Stress Appraisal Measure*/SCB: *Screen for Caregiver Burden*; SCPD: *Sintomas comportamentais e psicológicos da demência*; SEIQoL: *Schedule for the Evaluation of Individualized Quality of Life*; SEIQoL-DW: *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting*/SF-36: *Short Form 36 Health Survey*; SKT: *Syndrom-Kurz-Test*; SQ: *Symptom Questionnaire*; SRQ-20: *estresse psicológico*; SS-A: *Support Appraisal Scale*; SSQ: *Social Support Questionnaire*; TCC: *Terapia cognitivo-comportamental*; WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life Measure-Brief Version*; ZBI: *Zarit Burden Interview*.

Em 87,1% (n = 27) desses estudos, houve melhora estatisticamente significativa em pelo menos um resultado avaliado, ao passo que 12,9% dos artigos (n = 4) não apresentaram mudanças estatisticamente significativas após a intervenção proposta. Nessa categoria, 64,5% (n = 20) eram estudos randomizados e controlados e 35,5% (n = 11) não randomizaram a amostra e não apresentaram grupo controle. Em 64,5% (n = 20) dos estudos, foram feitas duas avaliações (pré e pós-tratamento), enquanto 19,3% (n = 6) efetuaram avaliações em três tempos, 9,7% (n = 3) avaliaram os cuidadores em quatro tempos e 6,5% (n = 2) possuíam cinco tempos de avaliação. Essas intervenções psicoeducacionais e psicossociais foram agrupadas nas seguintes subcategorias: informação e apoio (35,4%, n = 11), miscelânea de abordagens (25,8%, n = 8), técnicas cognitivas e/ou estratégias de enfrentamento (19,4%, n = 6), palestras informativas e/ou treinamento (19,4%, n = 6).

A segunda área (n = 6) abarca intervenções psicoterapêuticas (Tabela 3) com cuidadores informais; em todos os casos, houve eficácia. Nessa área, todos os estudos eram controlados e randomizados e, dentre eles, 50% (n = 3) avaliaram os cuidadores em dois tempos, 33,3% (n = 2) realizaram avaliações em três tempos e 16,7% (n = 1) efetuaram quatro avaliações. A intervenção psicoterapêutica foi subcategorizada em terapia cognitivo-comportamental (66,6%, n = 4), intervenção focada no luto do familiar (16,7%, n = 1) e habilidades e enfrentamento do estresse (16,7%, n = 1).

## Discussão

Observou-se dificuldade na definição dos conceitos de intervenção psicoeducacional, psicossocial e psicoterapêutica com cuidadores de pessoas com demência, visto que a maioria dos artigos não efetuou tais definições ou partiu de pressupostos teóricos e metodológicos variados, adotando abordagens multifacetadas.

## Intervenções psicoeducacionais e psicossociais

Entende-se por intervenção psicoeducacional aquela que abarca um componente educacional sobre diagnóstico, curso e progressão da demência, manejo com sintomas neuropsiquiátricos, comunicação com os pacientes, cuidados gerais, busca de recursos comunitários e questões legais. Além desse componente educacional, esse tipo de intervenção abarca apoio mútuo entre os cuidadores e oferece

espaço para lidar com questões emocionais e com a sobrecarga. Os programas psicoeducacionais consistem, portanto, em modalidades de intervenção com o propósito de oferecer, em primeiro lugar, informação sobre a doença e seu manejo, além de técnicas de enfrentamento e apoio emocional aos cuidadores<sup>12</sup>.

As intervenções categorizadas como psicossociais buscam incentivar que o familiar cuidador mobilize membros da família e recorra a serviços e recursos comunitários a fim de construir uma rede de apoio mais sólida, que pode funcionar como um alívio da sobrecarga e tensão advindas da tarefa de cuidar de um idoso com demência, além de acarretar numa diminuição dos sintomas neuropsiquiátricos do paciente e num adiamento de sua possível institucionalização<sup>13</sup>. Sendo assim, define-se intervenção psicossocial como um conjunto de técnicas designadas para utilizar mecanismos de ação cognitiva, comportamental ou social focados diretamente na melhora do bem-estar psicológico e/ou social, com o objetivo de ajudar os cuidadores a enfrentar melhor seus estados emocionais e lidar com dificuldades e circunstâncias desafiadoras<sup>14</sup>. Foram encontrados melhores resultados em cuidadores de pacientes nos estágios iniciais da demência<sup>14</sup>, o que pode ser atribuído a uma maior demanda de informações e apoio logo após o recebimento do diagnóstico médico.

A maior parte dos estudos abarcou um componente de aconselhamento e treinamento educacional e informativo, aliados à oferta de apoio ao familiar cuidador<sup>12,14-18</sup>.

Informação e apoio também foram critérios para o desenvolvimento de intervenções focadas na diminuição dos sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes<sup>18,19</sup>, comprovando eficácia. Houve melhora da qualidade de vida e da sobrecarga do cuidador, além de diminuição da taxa de institucionalização dos pacientes. Entretanto, um estudo focado na combinação de atividade de musicoterapia com o paciente e educação e apoio ao familiar não demonstrou eficácia quanto aos sintomas dos pacientes ou cuidadores<sup>20</sup>.

Outro critério para o desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais e psicossociais se referia ao uso de estratégias de enfrentamento e manejo do estresse. Trabalhou-se com avaliação cognitiva do estresse, percepção de controle sobre uma situação e uso de técnicas para lidar com o estresse de modo mais apropriado<sup>21</sup>. As estratégias de enfrentamento mais comumente citadas foram: solução de problemas, reestruturação cognitiva e busca de apoio social<sup>19,21,22</sup>.

Grande parcela dos estudos de intervenção psicoeducacional e psicossocial descreveu seu próprio modelo de intervenção a partir de uma mescla de diversas técnicas, desenvolvendo grupos baseados

**Tabela 3.** Intervenções psicoterapêuticas de grupo com cuidadores

Autor/Ano	Amostra	Desenho	Instrumentos	Intervenção	Resultados
Kwak <i>et al.</i> <sup>40</sup> , 2007	N = 1.756 N = 926 (2 testagens) e N = 626 (1ª testagem)	Não randomizado	CSS, <i>Comfort with Caregiving Scale</i> , <i>Caregiver Closure Scale</i>	Foco no luto, 5 sessões semanais, 90 min Grupo ou individual	Diferenças significativas no conforto com papel de cuidador, reconhecimento de ganhos e lidar com perdas
Márquez-González <i>et al.</i> <sup>35</sup> , 2007	N = 24 grupo de intervenção e N = 15 grupo controle	Randomizado	CES-D, MBPC, DTCQ, questionário sobre tratamento	TCC, 8 sessões semanais, 2h, 6-8 cuidadores	Diferenças significativas na depressão, pensamento disfuncional, avaliação sobre comportamentos dos pacientes
Gonyea <i>et al.</i> <sup>36</sup> , 2006	N = 40 grupo de terapia comportamental e N = 40 grupo psicoeducacional	Randomizado	NPI, ZBI	TCC, 5 sessões semanais, 90 min, 5-10 cuidadores	Sem diferença significativa na sobrecarga, tendência à redução no NPI
Akkerman <i>et al.</i> <sup>37</sup> , 2004	N = 19 grupo de intervenção e N = 19 grupo controle	Randomizado	Questionários de ansiedade	TCC, 9 sessões semanais	Diferença significativa na ansiedade e qualidade do sono
Mariott <i>et al.</i> <sup>39</sup> , 2000	N = 14 grupo de intervenção e dois grupos controle de N = 14	Randomizado	GHQ-28, BDI, MMSE, CSDD, MOUSEPAD, CDR	Habilidade e enfrentamento do estresse, 14 sessões quinzenais	Diferença significativa na tensão, depressão e sintomas de comportamento do paciente
Chang <sup>38</sup> , 1999	N = 31 grupo de intervenção e N = 34 grupo controle	Randomizado	Avaliação: estratégias de enfrentamento, sobrecarga, satisfação, saúde mental e física	TCC, 8 sessões semanais	Diferenças significativas na depressão, ansiedade e uso de estratégias focadas na emoção

BDI: Beck Depression Inventory; CDR: Clinical Dementia Rating; CES-D: Center for Epidemiological Studies – Depression Scale; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; CSS: Caregiver Satisfaction Scale; DTCQ: Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire; GHQ: General Health Questionnaire; MBPC: Memory and Behavior Problem Checklist; MMSE: Mini Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory/Inventário Neuropsiquiátrico; TCC: Terapia cognitivo-comportamental; ZBI: Zarit Burden Interview.

em múltiplos componentes, com passos metodológicos rigorosos e estruturados. Afirmou-se que a miscelânea de abordagens poderia apresentar maior eficácia que grupos meramente informativos<sup>23</sup>, no entanto isso pode causar dificuldades para a replicação desses estudos se essas abordagens não forem rigorosamente descritas. Por exemplo, foi verificado que a conjunção de palestras, técnicas de relaxamento e discussões sobre vários temas proporcionou melhor significância na depressão, raiva/hostilidade, fadiga, confusão, sintomas físicos, ansiedade e ideação suicida<sup>24-26</sup>. Além disso, resultados da coleta de amostras de sangue de cuidadores confirmaram a hipótese de que a participação nos grupos melhoraria a função imunológica, fator associado ao bem-estar psicológico<sup>24,26</sup>.

Outros estudos de intervenção psicoeducacional e psicossocial trabalharam com técnicas baseadas na terapia cognitivo-comportamental. O modelo *Coping with Caregiver*<sup>27,28</sup> articulou cognição e comportamento com estados afetivos negativos, ensinando habilidades cognitivo-comportamentais de manejo do humor. Observou-se uma tendência à redução significativa do estresse associado a problemas comportamentais dos pacientes, apresentando menos pensamentos disfuncionais. Foi evidenciada, portanto, a importância de intervir nos pensamentos disfuncionais para um enfrentamento adequado das dificuldades com os cuidados. Entretanto, um artigo de intervenção psicossocial com base em técnicas cognitivas<sup>29</sup> não apresentou eficácia nas variáveis primárias avaliadas. Na realidade, houve aumento da sobrecarga nos grupos, marcando a necessidade de investimento em intervenções individuais com os cuidadores ou em intervenções de grupo com critérios de inclusão homogêneos quanto ao grau de sobrecarga, gênero ou relação de parentesco.

Por fim, houve um pequeno número de estudos de intervenção psicoeducacional que desenvolveu palestras, seminários ou cursos. O programa *Savvy Caregiver*<sup>30-32</sup>, por exemplo, descreveu sua eficácia ao desenvolver material impresso para o profissional de saúde e para o cuidador, além de CD-ROM contendo estratégias específicas. No entanto, em um estudo de grupo psicoeducacional com palestras em sessão única de cinco horas de duração, voltado para as principais patologias existentes na velhice, a eficácia não foi estatisticamente comprovada<sup>33</sup>. A heterogeneidade de informações veiculadas ao longo da sessão contribuiu para um aumento da ansiedade dos participantes. Pôde-se observar que o programa conseguiu abarcar conhecimentos gerais, mas foi incapaz de atingir sentimentos e emoções específicos suscitados por tais conhecimentos. Observou-se que programas meramente informativos, sem oferta de apoio aos cuidadores, podem aumentar o grau de ansiedade e promover uma antecipação do luto devido ao sentimento de perda promovido pelo maior conhecimento do alcance da doença. Deve-se, portanto, oferecer ajuda para que o cuidador possa processar a informação sobre a doença de tal forma que suas emoções sejam acolhidas<sup>12</sup>. Um outro grupo realizado em oito sessões não apresentou eficácia<sup>34</sup> com relação à melhora dos sintomas psicológicos e da função imunológica dos cuidadores, discutindo-se que isso ocorreu em virtude da curta duração do programa e da ansiedade gerada pelo aumento da consciência da doença nos cuidadores.

### Intervenções psicoterapêuticas

As intervenções categorizadas como psicoterapêuticas envolvem o desenvolvimento de terapias de grupo com cuidadores familiares de pacientes com demência, mediante a utilização de técnicas da terapia cognitivo-comportamental<sup>35-38</sup>, do modelo de habilidades para o enfrentamento do estresse<sup>39</sup> e de intervenções focadas no luto do familiar diante das perdas proporcionadas pelo adoecimento do paciente<sup>40</sup>.

Os estudos baseados na terapia cognitivo-comportamental trabalharam com grupos pequenos, de 5 a 10 participantes, e desenvolveram terapias breves, que variaram entre 5 a 9 sessões semanais de duração de 90 minutos ou 2 horas<sup>35-40</sup>. Parece que o desgaste físico e psicológico do cuidador pode tornar-se ainda mais acentuado diante de crenças e pensamentos disfuncionais, que influenciam ações, emoções e comportamentos, afetando o bem-estar e acarretando aumento de tensão. A terapia cognitivo-comportamental pode ser aplicada ao contexto específico dos cuidadores, por meio de reestruturação cognitiva visando à detecção e modificação de crenças e pensamentos

que funcionam como barreiras para o enfrentamento adequado do cotidiano de cuidados<sup>35</sup>. O modelo também apresentou um componente voltado para o treinamento de técnicas comportamentais específicas, tais como relaxamento, incentivo à realização de atividades prazerosas e manejo dos sintomas neuropsiquiátricos do paciente<sup>35,36</sup>.

No âmbito das intervenções psicoterapêuticas, diversos estudos apresentaram diferentes abordagens, embora tivessem como base a intervenção cognitivo-comportamental<sup>39</sup>. Os princípios da terapia cognitivo-comportamental foram utilizados para desenvolver uma intervenção breve, baseada no modelo de habilidades para o enfrentamento do estresse. Um componente educacional oferecia informações gerais e práticas, por meio do uso de material didático; um componente de gerenciamento do estresse, com treinamento dos cuidadores para respostas mais adaptativas aos eventos; e um componente de habilidades para enfrentamento, incluindo aconselhamento e *role-play* sobre formas mais eficazes de responder aos comportamentos do paciente e sobre os sentimentos de perda do cuidador diante das mudanças proporcionadas pela doença e por alterações na qualidade de vida.

Por fim, foi selecionado um estudo de intervenção psicoterapêutica breve focada no luto do familiar<sup>40</sup>. Cada módulo incluiu exercícios, questões para discussão, atividades direcionadas, trabalhos para qualidade de vida, utilização de materiais como poesia, leituras, música e vídeos e recursos que facilitavam as discussões e reflexões suscitadas pelo grupo. Esse estudo atingiu resultados positivos, contribuindo para o conforto do cuidador com o seu papel e com a experiência de perda, havendo o reconhecimento de ganhos inerentes às atividades de cuidados.

Esta revisão avaliou as intervenções não farmacológicas de grupo para sobrecarga de cuidadores de pessoas com demência. Observou-se o incremento e desenvolvimento de estudos na área, com o objetivo não só do manejo do paciente, mas também da compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos que compõem a sobrecarga do cuidador. Entretanto, diversos problemas ainda persistem na área, pois os estudos avaliados nesta revisão apresentaram pressupostos teóricos que variaram entre as abordagens psicoeducacional, psicossocial e psicoterapêutica, além de desenhos metodológicos diversificados, na medida em que foram encontrados estudos não randomizados e sem grupo controle<sup>10,15,19,24-26,34,40-43</sup>. Essa variabilidade teórica e a falta de padronização metodológica demonstram a necessidade de se pesquisar de forma mais efetiva o desenvolvimento e os efeitos das intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pessoas com demência. Há ainda a necessidade de especificar estudos para as diferentes causas de demência, na medida em que diferenças sintomatológicas podem ser responsáveis por diferenças no estresse e sobrecarga do cuidador. Também, não se pode deixar de considerar a importância do desenvolvimento de estudos para várias diversidades étnicas, dado que esse fator pode ser considerado como um potencial para diferenças na resiliência e sobrecarga do cuidador.

Algumas críticas devem ser feitas a este trabalho. Os estudos randomizados com grupo controle, por causa do seu rigor metodológico, são as melhores evidências na área, entretanto se decidiu incluir estudos não randomizados e sem grupo controle, pois esta revisão objetivava avaliar não só os efeitos, mas também os pressupostos teóricos e metodológicos utilizados nas intervenções disponíveis para os cuidadores de pessoas com demência. Além disso, em virtude da heterogeneidade dos estudos encontrados, não foi possível avaliar seus efeitos, levando-se em consideração variáveis como duração e intervalo de avaliação de cada intervenção.

### Conclusão

A sobrecarga é um fator que influencia o manejo do paciente com demência e a qualidade de vida do cuidador. Os grupos psicoeducacionais, psicossociais e psicoterapêuticos são abordagens não farmacológicas capazes de diminuir a sobrecarga e aumentar a capacidade de resiliência do cuidador, à medida que ele tem a oportunidade de aumentar seus conhecimentos sobre demência, trabalhar seus sentimentos a respeito do diagnóstico do paciente e trocar informações com o grupo. Entretanto, apesar dos efeitos positivos, essas intervenções ainda carecem de estudos rigorosos.

## Referências

1. Vitalino PP, Zhang J, Scanlan JM. A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients – effects on patients and carers. *Psychol Bull.* 2003;129(6):946-72.
2. Farcnik K, Perysko MS. Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer's disease. *Drugs Aging.* 2002;19(3):203-15.
3. George LK, Gwyther LP. Caregiver well being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist.* 1986;26:253-9.
4. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24:489-99.
5. Torti Jr. FM, Gwyther LP, Reed SD, Friedman JY, Schulman KA. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004;18:99-109.
6. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology.* 1998;51:S53-60.
7. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto e Contexto Enfermagem.* 2006;15(4):587-94.
8. Truzzi A, Souza W, Bucasio E, Berger W, Figueira I, Engelhardt E, et al. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Eur J Psychiatr.* 2008;22(3):151-60.
9. Dourado M, Laks J, Leibing A, Engelhardt E. Consciência da doença na demência. *Rev Psiq Clín.* 2006;33(6):313-21.
10. Morano CL, Bravo M. A psychoeducational model for Hispanic Alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist.* 2002;42(1):122-6.
11. Sørensen LV, Waldorff FB, Waldemar G. Early counseling and support for patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: a qualitative study on outcome. *Aging Ment Health.* 2008;12(4):444-50.
12. Andrade AME. Escuela de cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cub Salud Publica.* 2009;35(2).
13. Ponciano ELT, Cavalcanti MT, Féres-Carneiro, T. Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(2):43-7.
14. Andrén S, Elmstahl S. Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scand J Caring Sci.* 2008b;22(1):98-109.
15. Gelmini G, Morabito B, Braidì G. Educational and formative training reduce stress in the caregivers of demented patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(Suppl 1):119-24.
16. Wolff JL, Rand-Giovannetti E, Palmer S, Wegener S, Reider S, Frey K, et al. Caregiving and chronic care: the guided care program for families and friends. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(7):785-91.
17. Andrén S, Elmstahl S. Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: a five-year follow-up study. *Int Psychogeriatr.* 2008a;20(6):1777-92.
18. Chien WT, Lee YM. A disease management program for families of persons in Hong Kong with dementia. *Psychiatr Serv.* 2008;59(4):433-6.
19. Lavoie JP, Ducharme F, Lévesque L, Hébert R, Vézina J, Gendron C, et al. Understanding the outcomes of a psycho-educational group intervention for caregivers of persons with dementia living at home: a process evaluation. *Aging Ment Health.* 2005;9(1):25-34.
20. Berger G, Bernhardt T, Schramm U, Müller R, Landsiedel-Anders S, Peters J, et al. No effects of a combination of caregivers support group and memory training/music therapy in dementia patients from a memory clinic population. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(3):223-31.
21. Ducharme F, Lévesque L, Gendron L, Legault A. Development process and qualitative evaluation of a program to promote the mental health of family caregivers. *Clin Nurs Res.* 2001;10(2):182-201.
22. Lévesque L, Gendron C, Vézina J, Hébert R, Ducharme F, Lavoie JP, et al. The process of a group intervention for caregivers of demented persons living at home: conceptual framework, components and characteristics. *Aging Ment Health.* 2002;6(3):239-47.
23. Ostwald SK, Hepburn KW, Burns T. Training family caregivers of patients with dementia: a structured workshop approach. *J Gerontol Nurs.* 2003;29(1):37-44.
24. Hosaka T, Sugiyama Y. Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(2):147-51.
25. Hosaka T, Sugiyama Y. A structured intervention for family caregivers of dementia patients: a pilot study. *Tokai J Exp Clin Med.* 1999;24(1):35-9.
26. Mizuno E, Hosaka T, Ogihara R, Higano H, Mano Y. Effectiveness of a stress management program for family caregivers of the elderly at home. *J Med Dent Sci.* 1999;46(4):145-53.
27. Au A, Li S, Lee K, Leung P, Pan PC, Thompson L, et al. The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Educ Couns.* 2009;18:1-5.
28. Gallagher-Thompson D, Coon DW, Solano N, Ambler C, Rabinowitz Y, Thompson LW. Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the REACH national collaborative study. *Gerontologist.* 2003;43(4):580-91.
29. Ulstein ID, Sandvik L, Wyller TB, Engedal K. A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients – effects on patients and carers. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2007;24(6):469-75.
30. Hepburn KW, Lewis M, Tornatore J, et al. The savvy caregiver. *J Gerontol Nurs.* 2007;33(3):30-6.
31. Hepburn KW, Lewis M, Sherman CW, Tornatore J. The savvy caregiver program: developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *Gerontologist.* 2003;43(6):908-15.
32. Smith SA, Bell PA. Examining the effectiveness of the Savvy Caregiver Program among rural Colorado residents. *Rural Remote Health.* 2005;5(3):466.
33. Aakhus E, Engedal K, Aspelund T, Selbæk G. Single session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients: results from a randomized controlled pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24:269-74.
34. Wilkins SS, Castle S, Heck E, Tanzy K, Fahey J. Immune function, mood, and perceived burden among caregivers participating in a psychoeducational intervention. *Psychiatric Services.* 1999;50(6):747-9.
35. Márquez-González M, Losada A, Izal M, Pérez-Rojo G, Montorio I. Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention programme. *Aging Ment Health.* 2007;11(6):616-25.
36. Gonyea JG, O'Connor MK, Boyle PA. Project CARE: a randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers. *Gerontologist.* 2006;46(6):827-32.
37. Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2004;19(2):117-23.
38. Chang BL. Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nurs Res.* 1999;48(3):173-82.
39. Mariott A, Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry.* 2000;176:557-62.
40. Kwak J, Salmon JR, Acquaviva KD, Brandt K, Egan KA. Benefits of training family caregivers on experiences of closure during end-of-life care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(4):434-45.
41. Lewis SL, Miner-Williams D, Novian A, Escamilla MI, Blackwell PH, Kretzschmar JH, et al. A stress-busting program for family caregivers. *Rehab Nurs.* 2009;34(4):151-9.
42. Devor M, Renvall M. An educational intervention to support caregivers of elders with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2008;23(3):233-41.
43. Coen RF, O'Boyle CA, Coakley D, Lawlor BA. Dementia carer education and patient behaviour disturbance. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(4):302-6.
44. Kurz A, Wagenpfeil S, Johannes H, Scheineder-Schelte H, Jansen S. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25:861-9.
45. Guerra M, Ferri CB, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatria.* 2011;33(1):47-54. Epub 2010 Jul 2.
46. Haley WE, Bergman EJ, Roth DL, McVie T, Gaugler JE, Mittelman MS. Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms. *Gerontologist.* 2008;48(6):732-40.
47. Perren S, Schmid R, Wettstein A. Caregivers' adaptation to change: the impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers' subjective well-being. *Aging Ment Health.* 2006;10(5):539-48.
48. Hébert R, Lévesque L, Vézina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *J Gerontol B Psychol Soc Sci.* 2003;58(1):S58-67.
49. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(4):450-7.