



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS
EM FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM
ALZHEIMER.**

ANDRÉA EVANGELISTA LAVINSKY

JEQUIÉ- BA

2025

DOUTORADO

Andréa Evangelista Lavinsky

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE
PESSOAS IDOSAS COM ALZHEIMER.

2025

ANDRÉA EVANGELISTA LAVINSKY

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS
EM FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM
ALZHEIMER**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Roseanne Montargil Rocha.

JEQUIÉ- BA
2025

L412t Lavinsky, Andréa Evangelista.

Transtornos mentais comuns e fatores associados em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer / Andréa Evangelista Lavinsky. - 2025.

154f.

Orientadora: Profa. Dra. Roseanne Montargil Rocha.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública, Jequié, 2025.

Inclui referências.

1. Transtornos Mentais - Cuidadores. 2. Cuidador Familiar. 3. Alzheimer, Doença de. 4. Estresse percebido. 5. Idosos. I. Rocha, Roseanne Montargil. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. III. Título.

CDD 616.89

Catálogo na fonte: Bibliotecária Eridiana Souza Silva - CRB-5/2129

UESB - Campus Jequié/BA



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Recredenciada pelo Decreto Estadual Nº 16.825 de 04 de julho de 2016
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde



FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

LAVINSKY, Andréa Evangelista. “Transtornos mentais comuns e fatores associados em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer”. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br ROSEANNE MONTARGIL ROCHA
Data: 18/12/2025 08:47:36-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Roseanne Montargil Rocha

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREA DOS SANTOS SOUZA
Data: 13/12/2025 22:15:23-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Andréa dos Santos Souza

Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) - Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Documento assinado digitalmente
gov.br JEFFERSON PAIXAO CARDOSO
Data: 16/12/2025 20:19:00-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente
gov.br JOAO LUIS ALMEIDA DA SILVA
Data: 15/12/2025 11:34:41-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. João Luís Almeida da Silva

Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) - Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Documento assinado digitalmente
gov.br JULIANA BEZERRA DO AMARAL
Data: 17/12/2025 14:50:49-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Juliana Bezerra do Amaral

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Jequié - BA, 05 de dezembro de 2025

DEDICATÓRIA

Com imensa saudade, dedico este trabalho ao meu primeiro amor, minha querida mãe Aristéa Maria Evangelista Lavinsky (*in memoriam*), guerreira que conviveu com a Doença de Alzheimer durante quatorze anos de sua vida, e que até os últimos dias, em seus momentos de lucidez, compartilhou comigo o desejo de concluir o curso de doutorado.

Os últimos anos com Alzheimer foram os mais desafiadores de nossas vidas, especialmente quando a progressão da doença a tornou cada dia um pouco mais dependente e deu-me a oportunidade de ser sua filha cuidadora em tempo integral, atribuição que demandou amor, paciência, tempo e o desafio de gerir as necessidades da família, bem como minha saúde física e mental a fim de que pudesse lhe proporcionar tudo o que precisava para continuar sendo uma mulher feliz.

Mãezinha, nosso sonho foi realizado!

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por sempre cuidar de minha vida e de minha família, especialmente nesses anos em que mesclei a minha existência com a realização do doutorado. Por tudo isso e muito mais, obrigada Jesus!

Ao meu esposo Valdo, amor e parceiro de todas as horas. Obrigada por amar e cuidar de minha mãe e de nossos filhos nos momentos em que precisei me ausentar para cumprir as responsabilidades do doutorado - você teve a missão de não permitir que eles sentissem minha ausência. Obrigada por ajustar sua vida e trabalho, sempre que foi necessário e possível, a fim de me deslocar de Itabuna a Jequié e vice-versa. Obrigada por cuidar de mim nos momentos de correria, de adoecimento físico e emocional e durante os momentos de luto quando fui perdendo, ao longo do curso de doutorado, o meu tio e tias, referências de minha vida e, por fim, minha mãe - o maior amor de minha vida.

Agradeço aos meus filhos, Bruno Wendel e João Victor, pelo amor, paciência e companhia ao longo da vida, especialmente nesse período de estudo. Vocês me fizeram parar tudo, em momentos críticos, para assistir filmes que muitas vezes não despertavam meu interesse, mas me faziam sentir como é bom ser mãe e estar pertinho de vocês. João Victor, meu adolescente cheio de prioridades, como eu daria conta de cuidar da minha mãe sem você? Obrigada por todo o amor, carinho, cuidado e tempo de qualidade que dispensou à sua avó. Era lindo de ver! Sua sensibilidade e olhar atento te fez perceber o momento em que precisei de ajuda profissional para superar a dor da perda de minha mãe.

Obrigada Cris, meu braço direito e amiga, pela parceria ao longo de todos esses anos. Não tenho palavras para te agradecer por tudo o que você fez por meus filhos e por minha mãezinha, especialmente nesses anos de doutoramento que correram paralelamente à piora do seu quadro de saúde. Deixo aqui registrado: sem você eu não teria condição alguma de fazer esse curso de doutorado.

Tenho muito a agradecer aos professores e colegas do PPGES-UESB, turma 2021.1, que enriqueceram nossas aulas e as tornaram mais leves e tão agradáveis.

Lembro-me, colegas, como éramos tão próximas e companheiras mesmo quando ainda não nos conhecíamos pessoalmente, mas compartilhávamos conhecimento e experiências nos encontros on-line. Quando retomamos as aulas presenciais, senti-me entre companheiras de longas datas.

Aos queridos professores Dra. Andréa dos Santos Souza (UESC), Dr. Jefferson Paixão Cardoso (UESB), Dr. João Luís Almeida da Silva (UESC), Dra Juliana Bezerra do Amaral (UFBA) que prontamente aceitaram participar da construção desta tese, dedicando horas de seu tempo desde a qualificação do projeto de pesquisa até a leitura da tese e artigos apresentados como produto final dessa jornada. Não tenho palavras para agradecer a disponibilidade e as contribuições que enriqueceram as publicações dos resultados do trabalho de quatro exaustivos anos. Gratidão é o que sinto.

Mas o que dizer a Paula e Talita, colegas que se tornaram amigas de jornada, companheiras de viagem e parceiras nos desencantos, desesperos e momentos de angústia e alegrias? Meninas, nossos encontros foram momentos não só para o cafezinho da tarde ou almoço, mas de reorientação e compartilhamentos, e nos mantiveram firmes e animadas. Muito obrigada!

Renata Passinho, uma querida e brilhante colega, ex-aluna de graduação, que encontrei após tantos anos! Nosso reencontro não foi um acaso. Tinha que ser você a fazer a análise estatística dos dados da tese. Você foi brilhante, como sempre! Muito obrigada!

Obrigada, Rose (Roseanne Montargil Rocha), amiga, colega de longas datas, e minha orientadora querida. Compartilhamos por muito tempo a mesma batalha de cuidar de nossas mães doentes e filhos adolescentes e, desde então, temos buscado nos manter firmes – “vamos vencer, em nome de Jesus!” Jamais esquecerei que você se disponibilizou a me orientar e, quando minha mãe adoeceu e precisou de internamento em 2020, impossibilitando-me de participar do processo seletivo do PPGES-UESB, você foi compreensiva e me aguardou. Gratidão, sempre!

Não poderia deixar de agradecer a toda equipe do Centro de Referência à Saúde do Idoso do município de Itabuna- CRESI, que apresentou-se disponível e solícita em todos os momentos que precisei estar na unidade para levantamento de

nomes e endereços das pessoas idosas com Alzheimer. Obrigada por tudo, especialmente Larissa (enfermeira), Virgínia (assistente social), Ednelza (psicóloga), Azenaite (recepção) e Carlos (serviços gerais) que sempre estiveram disponíveis e presentes comigo.

Por fim, meu agradecimento à Universidade Estadual de Santa Cruz- UESC que além de disponibilizar 20h de minha CH para o curso de doutorado, financiou o projeto de pesquisa intitulado “Cuidado familiar à pessoa idosa com a Doença de Alzheimer”, coordenado por mim, porém executado por uma equipe valorosa de pesquisadoras composta por docentes da UESC, discentes de Iniciação Científica Voluntária da UESC, bolsistas de Iniciação Científica da FAPESB e CNPQ e discente do PPGES-UESB-Jequié. Meu agradecimento especial a essa equipe de pesquisa que fez com que a coleta de dados pudesse ser realizada. Sem vocês e sem a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Itabuna jamais conseguiríamos alcançar os 97 familiares cuidadores de pessoas com Alzheimer, participantes deste estudo.

A todos vocês, muito obrigada!

LAVINSKY, Andréa Evangelista. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer. Tese. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié- Bahia, 2025. 124 páginas.

RESUMO

O processo de envelhecimento acelerado da população é um fenômeno mundial e tem se mostrado ainda mais rápido no Brasil. Infelizmente, o prolongamento da vida pode vir acompanhado por doenças crônico-degenerativas incapacitantes, a exemplo da Doença de Alzheimer. Objetivou-se analisar os Transtornos Mentais Comuns e fatores associados (sobrecarga, estresse percebido, qualidade de vida e funcionalidade familiar) em familiares cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer. Estudo de recorte transversal e abordagem quantitativa realizado entre 2023 e 2025 teve como participantes 97 familiares cuidadores principais de pessoas idosas com Alzheimer cadastradas no Centro de Referência à Saúde do Idoso do município de Itabuna- Bahia- Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de 2023 a 2025 e contou com a aplicação de instrumentos de avaliação quantitativos e formulário de identificação. As análises estatísticas foram realizadas através do software JAMOVI, linguagem de programação *RStudio* e pacote estatístico lavaan (versão 0.6-20), com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foi realizada estatística descritiva das variáveis qualitativas (frequência absoluta e relativa) e análise bivariada com emprego do teste do qui-quadrado de Pearson com correção de Yates; quando houve significância estatística foram realizados os resíduos ajustados padronizados. Para a análise dos efeitos diretos e indiretos das variáveis estudadas empregou-se a técnica de Modelagem por Equações Estruturais (SEM, Structural Equation Modeling). A prevalência de TMC acompanha o perfil geral da população estudada: maioria é constituída por mulheres e filhas entre 25-59 anos; das que possuem renda, poucas a utilizam consigo mesmas. São cristãs que não frequentam as reuniões por falta de energia/tempo, não praticam atividade física, dormem menos de 6 horas e recebem ajuda para cuidar. As horas dedicadas ao cuidado, estresse percebido, a capacidade funcional da pessoa idosa com Alzheimer e a funcionalidade familiar estão significativamente associadas aos TMC, sendo o estresse o principal mediador entre os fatores contextuais e o sofrimento psíquico dos cuidadores, com a funcionalidade familiar e o engajamento em atividades físicas e de lazer como influências indiretas relevantes. Espera-se a proposição de estratégias que promovam a saúde mental dessa população com ações que visem reduzir o estresse percebido e estimular redes de apoio eficazes, incluindo a participação de outros membros da família no cuidado.

Palavras-chave: 1. Transtornos Mentais. 2. Cuidador familiar. 3. Doença de Alzheimer. 4. Estresse percebido. 5. Funcionalidade familiar. 6. Capacidade funcional da pessoa idosa.

LAVINSKY, Andréa Evangelista. Common Mental Disorders and Associated Factors in Family Caregivers of Elderly People with Alzheimer's Disease. Thesis. Postgraduate Program in Nursing and Health, area of concentration in Public Health. State University of Southwest Bahia, Jequié-Bahia, 2025. 124 pages.

ABSTRACT

The accelerated aging of population is a global phenomenon and has been shown to be even faster on Brazil. Unfortunately, prologuing life comes with chronical disease disabling chronic-degenerative diseases, such as Alzheimer's Disease. Objectively analyzing common mental disorders and associated factors (overload, perceived stress, quality of life and family relations) on caregiver family members of elderly with Alzheimer's Disease. Cross-sectional studies with a quantitative approach carried out between 2023 and 2025 had as participants 97 primary family caretakers of older adults with Alzheimer registered in Reference Center for Elderly Health in the municipality of Itabuna - Bahia - Brazil. Data collection that was conducted during the period of 2023 to 2025 which involved the use of quantitative assessment instruments and an identification form. The statistical analysis was performed through an JAMOVI software, RStudio programming language, and lavaan statistical package (version 0.6-20), with trust intervals of 95% and significance level of 5% ($p < 0,05$). Descriptive statistics were performed for the qualitative variables (absolute and relative frequency) and bivariate analysis using Pearson's chi-square test with Yates' correction; When there was statistical significance, standardized adjusted residuals were calculated. For the analysis of the direct and indirect effects of the studied variables, the Structural Equation Modeling (SEM) technique was employed. The prevalence of CMD follows the general profile of the studied population: most are women and daughters aged 25-59; of those who have income, few use it for themselves. They are Christians who do not attend meetings due to lack of energy/time, do not engage in physical activity, sleep less than 6 hours, and receive help with care. The hours dedicated to care, perceived stress, the functional status of elderly people with Alzheimer's, and family relations are significantly associated with CMD, with stress being the main mediator between contextual factors and the psychological distress of caregivers, and family functionality and engagement in physical and leisure activities serving as relevant indirect influences. It is expected to propose strategies that promote the mental health of this population through actions aimed at reducing perceived stress and encouraging effective support networks, including the involvement of other family members in care.

Keywords: Mental Disorders. 2. Caregivers. 3. Alzheimer Disease. 4. Stress, Psychological. 5. Family Relations. 6. Functional Status.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
APGAR	Acrônimo que define-se como Adaptation (Adaptação); Partnership (Companheirismo); Growth (Desenvolvimento); Affection (Afetividade); Resolve (Capacidade resolutiva)
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade da Vida Diária
CCL	Comprometimento Cognitiva Leve
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRESI	Centro de Referência em Saúde do Idoso
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Doença Cognitiva Leve
DM	Diabetes Mellitus
DSM- V	Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders, five edition. Em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICV	Iniciação CieNtífica Voluntária

Katz	sobrenome do médico (Sidney Katz) que desenvolveu a escala para avaliar a capacidade funcional de idosos em atividades básicas da vida diária
MTA	Modelo Teórico de Análise
MTC	Modelo Teórico Conceitual
MTO	Modelo Teórico Observado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PnaC	Política Nacional de Cuidados
PNC	Plano Nacional de Cuidados
PPGES	Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde
PROSI	Programa de Saúde do Idoso
PSS-10	Perceived Stress Scale. Em português, Escala de Estresse Percebido de 10 itens
PSS-14	Perceived Stress Scale, Em português, Escala de Estresse Percebido de 14 itens
SNC	Sistema Nervoso Central
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire. Em português, questionário de autorrelato com 20 itens, utilizado para rastrear transtornos mentais não psicóticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
WHO	World Health Organization. Em português, Organização Mundial de Saúde
WHOQOL- BREF	World Health Organization Quality of Life- BREF. Em português, Organização Mundial da Saúde Qualidade de Vida- abreviado
WHOQOL- OLD	World Health Organization Quality of Life- OLD. Em português, Organização Mundial da Saúde Qualidade de Vida- para pessoa idosa
ZBI	Zarit Caregiver Burden Interview. Em português, escala de sobrecarga do cuidador

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 01 Modelo Teórico Conceitual.
- FIGURA 02 Recorte do mapa da região do CRESI- Centro de
Itabuna, Bahia, Brasil.
- FIGURA 03 Universo da pesquisa/população (2025).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	O envelhecimento populacional e a Doença de Alzheimer	21
3.2	A família no contexto de cuidados da pessoa idosa com Doença de Alzheimer	25
3.3	Acometimentos à vida e saúde de quem cuida: TMC, sobrecarga, estresse e qualidade de vida	28
4	MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1	Tipo de estudo	36
4.2	Local e período do estudo	36
4.3	Universo/população estudada	37
4.4	Coleta de dados	38
4.4.1	Período e instrumentos de coleta	38
4.4.2	Procedimentos de coleta	42
4.4.3	Critérios de inclusão dos participantes	43
4.4.4	Critérios de exclusão dos participantes	43
4.4.5	Garantias éticas aos participantes da pesquisa	46
4.4.6	Variáveis do estudo	47
4.4.7	Análise dos dados	48
5	RESULTADOS	50

5.1	Mnuscrito 01	51
5.2	Manuscrito 02	71
5.3	Manuscrito 03	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICES	121
	ANEXOS	149

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento acelerado da população é um fenômeno mundial. A sociedade brasileira, segundo o último censo realizado em 2022, teve um incremento de 46,6% no número de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos o que representa 15% da população constituída por pessoas idosas (IBGE, 2023). Esse cenário aponta para o prolongamento da vida que vem, por vezes, acompanhado por doenças crônico-degenerativas, a exemplo da Doença de Alzheimer (Deng, Wang, Gu, Pepei, 2023).

Estima-se, atualmente, que 2,71 milhões de brasileiros convivem com essa doença. Em todo o mundo já são 55 milhões de indivíduos convivendo com algum tipo de demência das quais 60-80% dos casos são Alzheimer (Alzheimer's Association, 2026). Trata-se de uma doença incapacitante e progressiva que compromete a autonomia e independência de indivíduos que passam a requerer ajuda para a execução de tarefas de autocuidado e outras relacionadas a atividades cotidianas, antes realizadas de forma natural (Bento, Ferreira, Sanches, Bueno, 2023).

O acometimento de um membro da família pela Doença de Alzheimer (DA) repercute na dinâmica de toda a família, e mais profundamente na vida daqueles que assumem diretamente o cuidado do familiar doente: o cuidador principal. A responsabilidade de cuidar de uma pessoa idosa e dependente por longos períodos e com jornadas frequentemente solitárias e não remuneradas torna-se um fator predisponente ao surgimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), um conjunto de sintomas geralmente de caráter ansioso e depressivo capazes de comprometer a saúde e qualidade de vida dos indivíduos acometidos, especialmente daqueles pertencentes a famílias disfuncionais.

O conceito de família adotado nesta tese é baseado naquele proposto por Menezes (2020), em que esta é representada como a união entre pessoas que possuem laços de convivência e baseados no afeto, sejam eles sanguíneos ou não.

Cuidar de pessoas com Alzheimer é um trabalho essencial às sociedades que envelhecem, mas essa atividade não tem atraído investimentos para o atendimento

das necessidades de cuidadores familiares, população de grande apoio à economia e ao Estado.

Muito tem sido investigado acerca dos efeitos de cuidar de pessoas idosas e dependentes, entretanto, propõe-se aqui pesquisar a presença e associação de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em familiares cuidadores de idosos com DA com a percepção de que o estresse associado a sobrecarga, afeta a qualidade de vida e a funcionalidade familiar, visto que tais condições comprometem o cuidado ofertado à pessoa com Alzheimer e a saúde de quem cuida, com implicações socioeconômicas significativas para as famílias e as sociedades.

O interesse em desenvolver um estudo sobre essa temática está fundamentado em dois pilares: 1. A percepção empírica do aumento crescente do número de pessoas idosas com a Doença de Alzheimer nos últimos anos, inclusive no entorno social, profissional e familiar dos envolvidos e de como os familiares cuidadores sentem-se submersos nesse universo de cuidado e adoecimento; 2. O reconhecimento do importante papel da família, instituição social projetada por Deus, que tem se constituído peça fundamental de apoio às sociedades e ao Estado, especialmente quando se refere ao cuidado de pessoas idosas (e dependentes) nesse panorama mundial de envelhecimento acelerado.

A partir deste estudo, espera-se fomentar discussões mais amplas acerca da prática de cuidado informal a pessoas idosas com DA no interior das famílias, e a implementação de estruturas e redes de apoio a esta família que cuida. Ademais, chamar a atenção de profissionais e gestores da saúde, governantes e da sociedade civil e organizada para a premente necessidade de fortalecimento/implementação da Política Nacional de Cuidado (PNaC) e a proposição de estratégias factíveis para orientação, qualificação e amparo social, financeiro e à saúde do familiar cuidador com vistas a minimizar os efeitos deletérios desse trabalho exaustivo e invisível, com ênfase no apoio à saúde física e psicológica, e possibilidades de reinserção social desse familiar cuidador.

Considerando todas as questões sociais do cuidado e do comprometimento à saúde que atraem os olhares para o familiar cuidador, peça fundamental do cuidado da pessoa idosa com Alzheimer, levantou-se a seguinte hipótese: a responsabilidade de cuidar de um familiar idoso com a Doença de Alzheimer provoca sobrecarga e estresse, compromete a qualidade de vida dos familiares

cuidadores e está associada ao surgimento de Transtornos Mentais Comuns, situação amplificada quando não há envolvimento ou participação dos demais membros da família (disfunção familiar).

A partir dessa hipótese, suscitaram-se os seguintes questionamentos: 1. Familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer apresentam Transtornos Mentais Comuns, estresse percebido, sobrecarga, comprometimento da qualidade de vida e da funcionalidade familiar? 2. Qual a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer e sua associação com dados sócio-demográficos? 3. Existe associação entre Transtornos Mentais Comuns e estresse percebido, sobrecarga, qualidade de vida, funcionalidade familiar e independência do idoso em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer? 4. Quais os preditores diretos e indiretos (sobrecarga, estresse percebido, funcionalidade familiar, qualidade de vida e outras interações- ajuda para cuidar, horas de cuidado, horas de sono, atividades físicas/lazer) de TMC em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer?

2 OBJETIVOS:

GERAL

- Analisar os Transtornos Mentais Comuns e fatores associados (estresse percebido, sobrecarga, qualidade de vida, funcionalidade familiar, independência do idoso e dados sócio-demográficos) em familiares cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer.

ESPECÍFICOS

1. Investigar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer e sua associação com dados sócio-demográficos

2. Verificar associação entre Transtornos Mentais Comuns e estresse percebido, sobrecarga, qualidade de vida, funcionalidade familiar e independência do idoso em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer

3. Averiguar os preditores diretos e indiretos (sobrecarga, estresse percebido, funcionalidade familiar, qualidade de vida e outras interações- ajuda para cuidar, horas de cuidado, horas de sono, atividades físicas/lazer) de TMC em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O envelhecimento populacional e a Doença de Alzheimer.

O fenômeno do prolongamento da vida vem acontecendo em todo o mundo, mais rápido em algumas regiões do que em outras, porém presente e visível em todo o planeta. Esse fato não tem sido diferente aqui no Brasil: dados podem ser visualizados a partir do último Censo Demográfico que ocorreu em 2022 e traz números que permitem a comparação do crescimento da população de pessoas idosas em diferentes anos. Em 1980, o Brasil tinha 6,1% da população com 60 anos ou mais de idade, enquanto que em 2010 esse valor teve um acréscimo de mais de quatro pontos percentuais (4.7), o que representa um aumento, em 30 anos, de 6,1% para 10,8% de brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2022, esse percentual salta para 15,8% da população total, o que representa um aumento de 5% em relação ao último Censo, em apenas 12 anos; nesse ano eram 32.113.490 brasileiros que se encontravam na faixa etária correspondente às pessoas idosas (Brasil, 2023).

Uma vida longa tem sido o anseio de muitos, especialmente aquela construída a partir de um envelhecimento saudável tanto no âmbito físico quanto emocional, espiritual e financeiro. No entanto, inevitavelmente, a longevidade traz consigo implicações sociais, de saúde e financeiras que afetam a vida das pessoas e o movimento das sociedades que vêm tentando se ajustar a essa não tão nova, mas crescente realidade (Whiting, 2023). Soma-se a isso, o contexto de envelhecimento senil, que apresenta redução da capacidade funcional e cognitiva com consequente dependência, a exemplo da Doença de Alzheimer (DA), condição que requer um estruturado e eficiente suporte familiar, dos serviços de saúde e de políticas públicas (Schilling *et al.*, 2022)

A DA é uma doença neurovegetativa, incapacitante, de causa ainda desconhecida e reconhecida como a forma mais comum de demência entre pessoas idosas e, do mesmo modo que outras doenças neurodegenerativas, é caracterizada por uma inflamação crônica no Sistema Nervoso Central (SNC), como referem Madeira, Schindler, Klegeris (2015), Kostrzewa (2014) e Skaper, Facci, Giusti (2013). A etiologia dessas doenças, segundo Chin-chan, Navarro-Yepes, Quintanilla-

Vega (2015), ainda suscita investigações, mas já há evidências de que o estilo de vida e exposições químicas estão relacionados ao desenvolvimento das doenças neurodegenerativas, e que metais neurotóxicos vem sendo associados ao Alzheimer, uma vez que podem aumentar os níveis do peptídeo beta-amiloide (A β) e a fosforilação da proteína tau (P-tau) provocando o surgimento de placas senis/amiloides e emaranhados neurofibrilares (NFTs), sintomas já conhecidos como sendo da doença de Alzheimer (Ajenikoko *et al.*, 2022).

A terapia medicamentosa disponível no mercado para o tratamento da DA não promove a cura, mas é utilizada no intuito de manter sua sintomatologia sob controle, melhorando os sintomas e impedindo ou reduzindo os danos cerebrais. Embora enfrentando desafios, é promissora a existência de pesquisas sobre terapias e tratamentos farmacológicos para impedir a morte das células cerebrais associadas ao Alzheimer, e aquelas sobre medicamentos que reduzem o processo degenerativo em pessoas idosas com demência (Ajenikoko *et al.*, 2022; Alzheimer's Association, 2025).

São 55 milhões de pessoas que convivem com demências em todo o mundo, sendo que a DA é a forma mais comum dentre elas (Gauthier, Webster, Servaes, Moraes, Rosa-Neto, 2022); no Brasil, são mais de 1.2 milhões de pessoas convivendo com essa realidade. O Alzheimer provoca perda de memória e outros sintomas significativos que interferem na vida cotidiana, tanto das pessoas acometidas quanto daquelas que convivem com elas (Schilling *et al.*, 2022; Alzheimer's Association, 2025).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DA são: idade superior a 65 anos, embora 5% das pessoas com idade inferior a 65 anos também possam desenvolver a doença; histórico familiar; fatores genéticos, como a presença do gene APOE-e4, o mais comumente associado à doença; Deficiência Cognitiva Leve (DCL); baixa escolaridade; traumatismo craniano moderado e grave que cause perda da consciência por mais de 30 minutos; e doenças cardiovasculares como Diabetes Mellitus (DM), colesterol alto, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e condições de risco como obesidade e o hábito de fumar (**Alzheimer's Association, 2025**).

Os sintomas iniciais da DA são leves, intermitentes e progressivos. A manifestação clínica típica da doença, em 85% dos casos, é a forma amnésica, principalmente caracterizada pelo comprometimento subjetivo da memória seguido do Comprometimento Cognitivo Leve (CGL). Os 15% dos indivíduos que não se enquadram no quadro clássico da Doença de Alzheimer são diagnosticados, aqui no Brasil, com as diferentes formas atípicas de demência, geralmente consideradas pré-senis e com sintomatologia menos frequente, a exemplo de alterações visuais, espaciais, de linguagem e das funções executivas e/ou motoras (Schilling *et al.*, 2022).

A progressão dos sintomas amnésicos clássicos da fase inicial da DA, com comprometimento da linguagem, das funções executivas (planejamento e solução de problemas) e da orientação temporal-espacial, levam a pessoa com Alzheimer a ter dificuldade para lembrar informações recentes, a repetir perguntas e narrativas e a ter dificuldade para realizar duas atividades ao mesmo tempo, além de, em alguns casos, apresentar agressividade (Santos, 2020; OMS, 2025; Schilling *et al.*, 2022).

É na fase moderada da DA que, além da progressão da sintomatologia inicial, o indivíduo perde a capacidade de realizar as AIVD, passando a requerer acompanhamento para o desenvolvimento destas. Embora ainda consiga desenvolver ações de autocuidado, aumenta sua dificuldade de recordar eventos significativos e nomes de pessoas próximas. É nessa fase que podem surgir, ainda, os sintomas neuropsiquiátricos (alucinações, delírios e agitação) acompanhados ou não de agressividade (Santos, 2020; Schilling *et al.*, 2022; OMS, 2025).

Na fase grave da demência, a pessoa torna-se dependente para as AVD também. Sua memória resume-se a fragmentos de informações, fica desorientada, com linguagem restrita a palavras geralmente incompreensíveis e conhecimento fugaz de si mesma. Condições como a incontinência urinária e fecal, e contrações musculares apresentam-se em fases mais avançadas da demência (Santos, 2020; Schilling *et al.*, 2022; OMS, 2025).

Além daqueles citados acima, pessoas com demência podem não reconhecer familiares ou amigos, desenvolver dificuldades de mobilidade tanto para andar quanto para comer e beber, perder o controle da bexiga e do intestino e apresentar mudanças comportamentais, como comportamento agressivo (OMS, 2025).

Nota-se que todas as alterações advindas da progressão do Alzheimer comprometem inicialmente as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e, progressivamente, as Atividades da Vida Diária (AVD). De acordo com a Souza (2025), as AIVD são mais complexas e envolvem habilidades organizacionais e cognitivas como o preparo de refeições, o uso de medicações, o uso de transportes, a realização de compras e a gestão financeira. Já as AVD, mais simples, referem-se àquelas tarefas relacionadas à higiene pessoal, alimentação, continência, uso do banheiro, mobilidade e capacidade para vestir-se.

Todos os sintomas da DA podem ser vivenciados progressivamente e de modo muito individual para cada pessoa. Mattos e Kovács (2020) destacam que a necessidade de auxílio evolui em algumas tarefas até a dependência total nas AVD, culminando com cuidados no leito quando a pessoa idosa com DA se torna acamada e totalmente dependente de cuidados.

O Alzheimer pode ser classificado em três fases identificadas a partir da sintomatologia característica: *leve* (irritabilidade, ansiedade, depressão e retraimento social), *moderada* (mantém-se a irritabilidade, intensifica-se a ansiedade e instala-se a labilidade emocional, perambulação e a agressividade, sendo possível ocorrer delírios e alucinações ocasionais) e *grave* (quando surgem a apatia e as alucinações) (McDade, 2022).

Ampliando e detalhando a classificação apresentada pelo autor supracitado, o Ministério da Saúde do Brasil assim descreve a lenta e inexorável evolução da doença: *estágio 1 ou forma inicial*, caracterizada por alterações na memória, personalidade e comprometimento das habilidades visuais e espaciais; *estágio 2 ou forma moderada*, que evolui com dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos, além de agitação e insônia; *estágio 3 ou forma grave*, quando apresenta resistência e dificuldade para executar tarefas diárias, deficiência motora progressiva que evolui com dificuldade para comer, e incontinência urinária e fecal; e o *estágio 4 ou terminal*, caracterizado por restrição ao leito, mutismo, dor à deglutição e processos infecciosos recorrentes (Brasil, 2025).

Importante considerar que maioria dos sintomas pode piorar ou desaparecer com o tempo, enquanto outros podem aparecer somente nos estágios mais

avançados, e a necessidade de ajuda para a realização de cuidados pessoais, antes realizados de maneira natural, progride paralelamente à doença (OMS, 2025).

Enfim, ao considerar o Alzheimer e todas as suas implicações e comprometimentos torna-se evidente a necessidade de assistência adequada não só para a pessoa idosa com a DA, mas aos familiares cuidadores também, incluindo acesso a profissionais e serviços de saúde e um sistema de apoio pautado em políticas públicas específicas e eficientes a fim de melhorar o estado de saúde física e emocional da diade pessoa idosa com Alzheimer/cuidador familiar, além de conferir qualidade de vida a todos os envolvidos no cuidado.

3.2 A família no contexto de cuidado da pessoa idosa com Doença de Alzheimer

A família, representada como a união entre pessoas que possuem laços de convivência e baseados no afeto, sejam sanguíneos ou não, (Menezes, 2020), é apontada no Estatuto do Idoso, artigo 3º, como uma das instituições responsáveis pelo provimento das necessidades do idoso, juntamente com a comunidade, sociedade e poder público, em absoluta prioridade (Brasil, 2003).

Infelizmente isso não é observado na prática. A legislação brasileira enfatiza e prioriza o cuidado à pessoa idosa em domicílio sem que, no entanto, os serviços de saúde estejam organizados para a oferta efetiva de apoio à família que cuida de pessoa idosa, frágil, doente e dependente. Como resultado, o processo de cuidar torna-se desgastante e provocador de adoecimentos aos familiares cuidadores, especialmente àqueles que se configuram como cuidadores principais (Lavinsky; Rocha; Landim, 2021).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa denomina cuidador toda pessoa que presta cuidados ao idoso dependente de auxílio para suas atividades da vida diária (AVD), a saber, alimentação, higiene pessoal, medicação, e aquelas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) comocompanhia para os serviços de saúde, serviços de bancos ou farmácias, seja ele membro da família ou não, remunerado ou não, formal ou informal (Brasil, 2006).

Nem sempre a pessoa idosa com a DA conta com um cuidador único para o desenvolvimento das AVD. Por vezes, toda a família se envolve no cuidado de seu

membro idoso doente, o que torna o cuidado mais gratificante e menos desgastante. No entanto, é muito comum que a família eleja um de seus membros como cuidador principal, geralmente uma mulher que passa a assumir a responsabilidade de cuidar e dedica expressiva parte do seu tempo para essa atividade; geralmente esta é considerada pela família como a única pessoa disponível mesmo que, para isso, precise abdicar de sua vida pessoal e profissional (Mattos, Kovács, 2020; Galdino, 2025).

Algumas famílias têm um cuidador principal e contam com a ajuda de outras pessoas que colaboram e dividem a tarefa de cuidar com o cuidador principal (cuidadores secundários). Entretanto, na maioria dos casos, o cuidador principal desenvolve um trabalho solitário e sem apoio dos demais familiares, vivendo submerso no processo de cuidar de seu ente, o que lhe rende muitos sentimentos negativos e, por vezes, acometimentos que alcançam as esferas física e emocional conferindo-lhe o agravamento das possibilidades de adoecimento (Leandro, Rosso, 2020; Lavinsky; Rocha; Landim, 2021).

É nesse contexto que é possível mensurar a importância de uma família funcional. Nesta, afeto, respeito e a valorização do bem estar e da satisfação de seus membros permeiam as relações e conferem qualidade do cuidado e qualidade de vida a todos, especialmente à díade pessoa idosa com Alzheimer e seu familiar cuidador principal (Alonso *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2022)- a isso podemos chamar de funcionalidade familiar. As relações familiares positivas têm o poder de refletir não só na saúde de todos os seus membros, mas na qualidade do cuidado prestado ao familiar doente (Vaz, Figueiredo, Raponi, Magnabosco, Porto, 2024; Ramos *et al.*, 2022).

Reforçamos que é no campo familiar que os indivíduos aprendem e desenvolvem suas práticas de cuidado, influenciados pelos aspectos socioculturais e emocionais. Há casos em que o cuidado desenvolvido pelo familiar não é o mais adequado, tecnicamente falando, mas possui uma forte expressão simbólica que envolve vínculos afetivos, alianças e o compartilhamento de uma história que é peculiar a cada sistema familiar (Falcão, 2020). Sob a tônica da cultura e do afeto, é fato que sempre recai sobre a família a principal responsabilidade do cuidado para com seus membros idosos.

Neste contexto, tem-se uma crescente população de pessoas que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes, no interior das famílias, sem que tenham sido capacitadas para tal e sem suporte ou acesso a serviços e profissionais de saúde que lhes garantam, minimamente, o atendimento às suas necessidades de saúde, orientações para o cuidado de si e da pessoa sob seus cuidados e/ou encaminhamentos a outros profissionais e serviços, quando necessário (Gauthier, Webster, Servaes, Morais, Rosa-Neto, 2022). Nesse sentido, destaca-se a necessidade da vinculação a uma rede de suporte de saúde estruturada que apoie o cuidado e os familiares cuidadores, de modo a garantir a efetividade e integralidade dos cuidados oferecidos à pessoa idosa frágil e dependente, como aquelas acometidas pela DA (Galdino, 2025).

Segundo o relatório intitulado “Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade”, publicado pela Oxfam Internacional- Brasil, em sua grande maioria, os cuidadores familiares são mulheres a partir dos 15 anos de idade que desenvolvem este trabalho de cuidado não remunerado, invisível, que fortalece o aumento das desigualdades sociais e de gênero e provoca adoecimentos. Destaque é dado ao papel dessa população invisível que disponibiliza mão de obra mais barata e gratuita ao prestar cuidados que deveriam ser oferecidos pelo setor público, configurando-se como apoio não só à economia, mas ao Estado (Lawson Max *et al.*, 2020).

No Brasil, até pouco tempo, não havia uma política pública que regulamentasse e amparasse o cuidador informal, seja ele familiar ou não. Em 23 de dezembro de 2024 foi possível acompanhar a aprovação da Lei nº 15.069 que trata da Política Nacional de Cuidados (PNaC), fato que se constituiu numa grande conquista para a sociedade brasileira (Brasil, 2024).

Na prática, essa política pública garante o direito ao cuidado de qualidade a todas as pessoas, tanto para aquelas que cuidam quanto para aquelas que são cuidadas, e constitui-se num importante instrumento de apoio social e financeiro, com consequente preservação/recuperação da saúde dos familiares cuidadores, nela denominados trabalhadoras e trabalhadores não remunerados do cuidado (Brasil, 2024). Assim, tem-se um grande aliado para que esses familiares cuidadores mantenham-se ativos, saudáveis, técnica e emocionalmente, preparados para o

cuidado, mitigando os prejuízos socioeconômicos pessoais, da família e, por extensão, da sociedade de um modo geral.

No entanto, tendo sido determinado que a efetivação da PNaC esteja vinculada à elaboração do Plano Nacional de Cuidados (PNC) pelo poder executivo (Brasil, 2024), pode-se presumir que essa política esteja fortemente atrelada à vontade governamental, uma vez que será custeada por dotações orçamentárias do orçamento geral da União, observada a disponibilidade financeira e orçamentária, fato que suscita expectativa quanto à morosidade desse processo frente ao sentimento de urgência para sua efetivação.

3.3 Acometimentos à vida e saúde de quem cuida: TMC, sobrecarga e estresse e qualidade de vida.

A evolução da Doença de Alzheimer exige a necessidade de cuidados e supervisão constantes, especialmente pela característica incapacitante dessa doença. Segundo Galdino (2025), o cuidado prestado a idosos dependentes nos domicílios é realizado, em sua maioria, por mulheres pertencentes a família. Tem como característica a dedicação de tempo integral e a disponibilidade exclusiva e ininterrupta para o atendimento das demandas de cuidado.

Além do tempo dedicado, cada pessoa tem uma forma particular de vivenciar o cuidado. A oferta de cuidados a pessoas idosas portadoras de Alzheimer, sem o devido preparo ou acompanhamento, faz com que familiares cuidadores compartilhem a experiência de adoecimento juntamente com o seu ente querido, especialmente quando são levadas a adaptar-se a um sistema de saúde que não os reconhece ou não os apoia como sujeitos do cuidado (Torres-SanMiguel *et. al*, 2024), fato que abre um leque de possibilidades de adoecimentos, a exemplo de Transtornos Mentais Comuns (TMC), estresse, sobrecarga, e o decréscimo da qualidade de vida dos cuidadores.

Reforça-se aqui, a importância de rastreio desses agravos a fim de identificar demandas de cuidado entre familiares cuidadores de pessoas idosas com DA, e outros, de modo a viabilizar intervenção precoce e impedir a evolução de sintomas para quadros crônicos de maior comprometimento da capacidade funcional desses indivíduos (Marra, 2023). Ademais, conhecer as condições e adoecimentos que afetam uma determinada

população permite o planejamento de ações de saúde e proposição de políticas públicas que possam dar suporte a esse grupo acometido.

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

Transtornos Mentais Comuns (TMC) podem ser definidos como sinais e sintomas somáticos e emocionais, considerados transtornos menores que aqueles de ansiedade e de depressão mas que, embora sejam desdobramentos destas, não se enquadram nos critérios definidos em manuais diagnósticos. São transtornos não psicóticos frequentemente identificados na população em geral (Lopes *et. al.*, 2022).

A expressão “Transtornos Mentais Comuns” foi criada em 1992 por Goldberg e Huxley e se refere a situações de saúde que, embora não classificadas como transtornos mentais no DSM- V (Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders, five edition) e na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão), agregam um conjunto de sintomas não psicóticos capazes de afetar a rotina de uma pessoa e contribuir significativamente para o comprometimento da saúde e redução da qualidade de vida do indivíduo afetado (Goldberg, Huxley, 1992; Anjos, Assis, Alves, 2024).

Muito comumente, profissionais de saúde acolhem queixas de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) que estão se sentindo insones, estressados, ansiosos, tristes e com dor de cabeça, sintomas que indicam alguma forma de sofrimento psíquico identificados como TMC (Torres-Neto, Lovisi, Unger, Lima, 2023).

Segundo a World Health Organization, os TMC têm sido cada vez mais prevalentes entre brasileiros, sendo que 9,3% dessa população apresenta algum transtorno relacionado à ansiedade e 5,8%, algum transtorno relacionado à depressão (Lopes *et. al.*, 2022; WHO, 2017).

Ainda segundo os autores e a organização supracitada, há duas categorias diagnósticas de TMC; transtornos depressivos e transtornos de ansiedade, ambos de acometimento corrente e com efeitos diretos sobre o humor e os sentimentos das

peessoas. Com variação de leve a grave, são condições de saúde diferentes daqueles sentimentos casuais de tristeza, tensão, agitação ou medo, por exemplo (WHO, 2017; Lopes *et. al.*, 2022).

Sintomas como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, dentre outros, estão presentes em quadros de TMC e são capazes de provocar uma incapacitação funcional significativa que pode trazer prejuízos psicossociais para o indivíduo e alto custo social e econômico para as famílias e as sociedades (Santos *et al.*, 2019).

Transferindo esses prejuízos para o ambiente de trabalho, seja de cuidado familiar ou profissional, e outros, e considerando que todos os trabalhadores têm direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável (OMS, 2022), faz-se necessário atentar para os efeitos deletérios provocados por ambientes insalubres.

Ambientes laborais precários onde se vivencia a discriminação e desigualdade, cargas de trabalho excessivas, baixo controle e insegurança, como no contexto de cuidado de uma pessoa idosa com DA, são condições que representam riscos para a saúde mental dos indivíduos. Vale lembrar que grande parcela da população de cuidadores de idosos com DA desenvolve o trabalho informalmente, num ambiente inseguro, com jornadas longas, pouco ou nenhum acesso a proteção social e/ou financeira, e enfrentam determinados tipos de discriminação, fatores estes que tem grande potencial de prejudicar sua saúde mental (OMS, 2024).

No que se refere à discriminação e à desigualdade, a PNaC define, dentre outros: o compartilhamento do cuidado de forma equitativa entre homens e mulheres, retirando destas últimas a responsabilidade exclusiva do cuidado e propondo a distribuição das tarefas entre os demais membros da família; a corresponsabilização do cuidado entre os serviços de saúde, setor privado, família, sociedade civil e o Estado; e a mitigação das desigualdades sociais, em suas diversas dimensões de exclusão e subordinação, a saber, classe, sexo, raça, etnia, idade, território e deficiência (Brasil, 2024).

Vale ressaltar que o trabalho é um importante fator de proteção para a saúde mental dos indivíduos, mas, também pode ser algo que pode contribuir para potenciais problemas, dependendo das circunstâncias em que é realizado (OMS, 2022).

A falta de estrutura e apoio eficazes pode afetar a capacidade de uma pessoa de gostar daquilo que faz e, ainda, comprometer o desempenho no cuidado de qualidade. Em contrapartida, um ambiente de trabalho seguro e saudável confere maior probabilidade de minimizar tensões, melhorar o desempenho e aumentar a produtividade no exercício do cuidado de um familiar idoso com DA (OMS, 2024).

Ainda segundo a instituição supracitada (2024), é possível prevenir o desenvolvimento de TMC entre familiares cuidadores a partir da criação de um ambiente saudável e propício para o cuidado, do treinamento e preparo do cuidador, e do desenvolvimento de comunicação aberta e escuta ativa com os demais membros da família e profissionais de saúde, além do fortalecimento de habilidades para gerenciar o estresse e a criação de oportunidades para a realização de atividades físicas e de lazer, frequentemente negligenciadas por essa população por conta do caráter exaustivo do cuidado (OMS, 2024).

Por fim, é impossível negligenciar o desenvolvimento TMC a partir de situações diversas e de uma infinidade de fatores desencadeantes, incluindo a realização do trabalho de cuidar de pessoas dependentes em tempo integral o que, muito frequentemente, provoca sobrecarga, estresse contínuos e decréscimo da qualidade de vida, agravos brevemente contextualizados a seguir.

SOBRECARGA

Sobrecarga é um termo que remete a excesso, pressão e desequilíbrio, e constitui-se numa condição em que um sistema e/ou a capacidade de um indivíduo são excedidos e provocam esgotamento físico, emocional e mental, com ramificações que alcançam vários aspectos da vida. Há diferentes tipos de sobrecarga que podem ser classificados como sobrecarga de informação, emocional, física e de trabalho, todas ligadas a um esforço constante e fruto direto da exaustão (Souza, 2023).

A sobrecarga ocorre quando se trabalha em excesso ou por um tempo muito prolongado, excedendo a capacidade física, mental ou emocional do indivíduo para o trabalho (Martins, 2025) e, qualquer que seja o tipo, causa impactos sobre importantes áreas da vida de um indivíduo, como a saúde física e

mental e/ou a produtividade e desempenho de diferentes atividades (Souza, 2023). A exposição prolongada à sobrecarga em ambiente de trabalho pode levar indivíduos ao esgotamento psicológico, condição conhecida como Burnout, uma síndrome resultante de um estresse crônico no ambiente de trabalho (OMS, 2019).

É possível listar vários sintomas que se fazem presentes naqueles indivíduos que estão sobrecarregados, a exemplo de falta de energia; ansiedade; dificuldade de se desligar do trabalho; sensação de não conseguir acompanhar o ritmo da vida pessoal devido ao estresse com o trabalho; sensação de estar desconectado dos amigos e parentes; redução da qualidade do trabalho realizado, apesar de todos os esforços empreendidos; e exaustão prolongada que pode levar a distúrbios do sono ou falta de energia (Martins, 2025).

A lista supracitada pode ser estendida com o acréscimo de outros sintomas característicos de quem sofre com a sobrecarga, como segue: falta de autocuidado, sentimento de fracasso por não conseguir dar conta de todas as coisas a fazer, diminuição de rendimento por falta de foco e atenção no trabalho e irritabilidade, insônia e alteração do apetite (Redação, 2023).

Cuidar de uma pessoa idosa com DA envolve, por vezes, dedicação em tempo integral e por longos anos o que pode fazer com que o cuidador desenvolva a “sobrecarga do cuidador”, proporcionando importante desgaste físico e mental (Cerquetani, 2020).

O termo sobrecarga do cuidador pode ser definido como um conjunto de problemas físicos, psicológicos ou emocionais, econômicos e sociais experimentados por indivíduos que cuidam; essa condição se apresenta como um estado de fadiga física, mental e emocional (Teles, Barbosa-Medeiros, 2023).

Por fim, vale lembrar que, apesar de abstrata, a sensação de opressão e sobrecarga é real e advém de problemas relacionados à cultura de trabalho, daí a necessidade de investir em esforços para encontrar equilíbrio entre a atividade desenvolvida e a vida pessoal a fim de manter ou recuperar a saúde mental e a sensação bem-estar (Martins, 2025) evitando-se, assim, problemas de saúde que incluem depressão, ansiedade e estresse com consequências negativas sobre o cuidado prestado e, principalmente, sobre a qualidade de vida de quem cuida.

ESTRESSE

O estresse geralmente vem associado à sobrecarga (Martins, 2025) e é uma reação natural do organismo a situações de perigo. Caracterizado pela liberação de uma série de substâncias na corrente sanguínea, tem como objetivos fisiológicos deixar os indivíduos mais alertas e concentrar energias para fugir do perigo iminente. Passa a ser um problema quando situações do dia-a-dia são identificadas pelo cérebro como circunstâncias de perigo, deixando o indivíduo sob estresse constante e conferindo, em longo prazo, importantes prejuízos para o organismo (Marra, 2023).

O estresse percebido, mensurado neste estudo, pode ser definido como o grau em que um indivíduo percebe sua vida como imprevisível, incontrolável e sobrecarregada, e pode ser avaliado a partir de um instrumento criado por Sheldon Cohen, constituído por dez (PSS-10) ou quatorze (PSS-14) questões que levam o indivíduo a avaliar o quanto situações da sua vida são percebidas como estressantes. Embora possa ser rastreado através desse instrumento, o diagnóstico do estresse percebido deve-se realizar a partir do uso de uma avaliação mais completa e detalhada por um profissional com habilidades para tal (Domini, 2024).

Os inúmeros sintomas físicos advindos do estresse podem ser assim descritos: aumento da sudorese, hiperacidez estomacal, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, bruxismo, náuseas, ansiedade, angústia, preocupação excessiva, hipersensibilidade e, de ocorrência mais frequente, a dificuldade de concentração, dor de cabeça, dores musculares e desordens do sono (Marra, 2023).

Muito frequentemente, cuidar de uma pessoa idosa com Alzheimer provoca tamanha sobrecarga que culmina com o desenvolvimento do também conhecido *estresse do cuidador*, uma condição caracterizada por tensão emocional decorrente do cuidado que causa irritação, frustração, tristeza e falta de perspectiva, situações que causam a forte sensação de esgotamento físico e/ou emocional. É possível que, mesmo fazendo parte de uma família numerosa, o familiar cuidador sinta-se só, desprotegido, com insônia, deprimido e apresente perda ou aumento do apetite. Não

são incomuns os relatos de cansaço que não melhora e, inclusive, descuido da aparência pessoal por falta de tempo disponível e de energia para cuidar de si mesmo (Cerquetani, 2020).

Especialmente nesse contexto, é importante considerar o estresse emocional como uma condição extremamente prejudicial à vida das pessoas, uma vez que afeta o bem-estar mental, causa incômodo, desperta emoções negativas, aumenta a agitação e diminui a concentração. Em culminância, em longo prazo, todos esses problemas podem levar a mudanças nas interações químicas do cérebro como consequência do aumento do cortisol circulante, ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e a inúmeras outras consequências indesejáveis (Marra, 2023).

QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol Group, 1998b).

Muitas vezes o conceito de qualidade de vida tem sido utilizado como sinônimo de bem estar, saúde física, saúde mental e bom viver. Entretanto, tem sido compreendida como uma forma humana de perceber a existência a partir de esferas objetivas e subjetivas, sem desconsiderar a multiplicidade de questões que envolvem o universo da qualidade de vida (Bettine, Gutierrez, Marques, 2012).

Constituindo-se num conceito muito amplo e abstrato, é importante compreender a qualidade de vida como fruto da harmonia entre diferentes áreas da vida de uma pessoa, a saber, bem-estar físico, saúde mental e emocional, equilíbrio espiritual e o bom convívio social (Marra, 2023).

É nesse sentido que a autora supracitada (2023) aponta os inúmeros indicadores de uma boa qualidade de vida, dentre os quais é possível destacar a satisfação com a vida, a realização pessoal, uma rotina equilibrada, o convívio social, os interesses por coisas novas e a disposição para as atividades do dia-a-dia. Em contrapartida, destaca alguns hábitos que podem comprometer a qualidade de vida de um indivíduo, a exemplo do estresse, do tabagismo, do consumo de álcool, da

alimentação não balanceada, do sono desregulado, do sedentarismo, do descanso insuficiente e da procrastinação dos hábitos negativos que precisam ser substituídos por aqueles saudáveis, de modo a contribuir para a melhoria do bem estar físico, emocional e espiritual do indivíduo (Marra, 2023).

A qualidade de vida tem sido mensurada a partir do uso da aplicação do instrumento WHOQOL-BREF elaborado pela organização Mundial de saúde, uma versão constituída por 26 questões que visa captar a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e satisfação com a saúde. Para pessoas idosas, esse instrumento é complementado a partir do WHOQOL-OLD. Este último, conta com 24 itens adicionais que ampliam e aproximam a investigação para com essa população (Whoqol Group, 1998b; Fleck *et. al*, 2000; Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006).

O CRESI, ainda conhecido como o antigo PROSI (Programa de Saúde do Idoso), foi escolhido de forma intencional para o desenvolvimento desta pesquisa por ser o Centro de Referência à Saúde do Idoso que atende pacientes com doenças degenerativas, sendo algumas delas sem cura, a exemplo da osteoporose, Parkinson e Alzheimer. Contando com uma equipe multidisciplinar de saúde composta por cardiologista, endocrinologista, geriatra, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem, tem se constituído um importante programa de promoção à saúde e tratamento de pessoas idosas, desenvolvido pela prefeitura deste município, com mais de três mil e quinhentos pacientes cadastrados e assistidos regularmente pelo Sistema Único de Saúde- SUS (Centro [...], 2022).

O município de Itabuna, localizado na região nordeste do Brasil, estado da Bahia, tem a cidade de Salvador como sua capital. A Bahia é o quinto maior estado brasileiro em extensão territorial, ocupando 6,6% da área geográfica do país (564.7 mil Km²); é o quarto maior estado em população (14.141.626), com um índice de envelhecimento de 52.6%. Itabuna é caracterizada como o 5º município com maior número de habitantes do estado da Bahia (186.708), com um índice de envelhecimento de 66.49% (Bahia, 2022; Brasil, 2023).

4.3 Universo/População estudada

A população deste estudo é constituída por familiares que assumem a função de cuidador principal de pessoas idosas com Alzheimer cadastradas no CRESI de Itabuna-Ba.

Para efeito desta pesquisa, são considerados familiares cuidadores principais aqueles familiares que assumem o cuidado de pessoas idosas com Alzheimer, tendo o compromisso de atender suas necessidades ao longo do dia e/ou da noite, assumindo a responsabilidade pelas principais ações de cuidado, a maior parte do tempo. Não serão considerados familiares cuidadores principais aqueles que desenvolvem ação de ajuda ou apoio ao cuidador principal, seja ele remunerado ou não.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Período e instrumentos de coleta

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de novembro de 2023 a 09 de maio de 2025, a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação quantitativos, descritos a seguir:

1. **Formulário de identificação:** elaborado pela autora do estudo, é um instrumento constituído por questões fechadas e abertas que contemplam dados de localização e identificação (endereço, telefone de contato), sócio- demográficos e econômicos (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, profissão, ocupação, situação no mercado de trabalho, renda, religião, tamanho da residência e instalação do idoso e do cuidador no domicílio, tempo dedicado ao cuidado, participação de outros indivíduos, familiares ou não, no cuidado ao familiar idoso com a DA, número de pessoas que coabitam no mesmo domicílio), hábitos de vida (sono, repouso, lazer, alimentação, atividades fora do ambiente de cuidado, relacionamentos, dentre outros), condição de saúde do sujeito do estudo (patologias pré-existentes, utilização de medicamentos, acesso a serviços de saúde, dentre outros). Além destes, algumas informações da pessoa idosa sob seus cuidados: primeiro nome, idade, sexo, patologias associadas, tratamentos, acesso a serviços de saúde e capacidade funcional a partir de escore e sua interpretação, dados obtidos por ocasião da aplicação do Índice de Katz.
2. **ZBI- Zarit Caregiver Burden Interview:** a escala é composta por 22 questões e os itens, quantificados a partir de uma escala tipo Likert, (0 a 4), instrumento adaptado para uso no Brasil, o ZBI mede o nível de sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos, com foco na percepção do cuidador sobre como a atividade exercida por ele impacta na sua vida pessoal, social, financeira, e na sua saúde física e mental. O uso dessa escala é possibilita avaliar o quanto cada sentença representa o

respondente a partir da proposição das seguintes alternativas de resposta: nunca (0), raramente (1), às vezes (2), com bastante frequência (3) ou quase sempre (4). A pontuação obtida varia entre 0 e 88 pontos, e quanto maior o valor, maior a sobrecarga (Queluz *et.al.*, 2019).

3. **SRQ-20- Self-Reporting Questionnaire:** é um teste autoaplicável capaz de detectar sofrimento mental, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É um instrumento que tem demonstrado qualidades psicométricas e bons indicadores de confiabilidade, validade de construto índices de consistência interna, apresentando-se como um instrumento útil para uso em pesquisas e para avaliação clínica, especialmente para pessoas idosas. Tem sido amplamente utilizado para suspeição diagnóstica de Transtornos Mentais Comuns-TMC e risco de suicídio a partir da sinalização da presença ou ausência de sintomas neuróticos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas nos últimos 30 dias, percebidos pelo respondente. Sem definição de diagnóstico e intervenções clínicas, pode ser utilizado para rastreamento de sintomas e encaminhamento a profissionais especializados, não sendo utilizado para detecção de sintomas psicóticos. Contém escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas questões, sendo quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. Os 20 itens são avaliados individualmente como presentes ou ausentes pelo respondente e cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores (não=0 e sim=1). Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico/sofrimento mental, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade), sendo que o ponto de corte, para estudos na população brasileira, varia entre 7 e 8, a depender das características da população estudada. A nota de corte utilizada neste estudo foi ≥ 7 (maior ou igual a sete) com base em estudo brasileiro que avaliou o desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. Como abordagem alternativa e em substituição ao ponto de corte amplamente utilizado, Santos *et al.* (2009) identificam quatro fatores na escala, a saber, (a) humor depressivo/ansioso, (b) sintomas somáticos, (c) decréscimo de energia e (d) pensamentos depressivos. A análise fatorial permite a observação de informações mais específicas e

acuradas, sendo que a dimensão de humor depressivo/ansioso tem sido a que melhor se destaca em relação aos demais fatores (Santos, Araújo, Oliveira, 2009; Santos, Araújo, Pinho, Silva, 2010; Guirado, Pereira, 2016; Silveira, Kroeff, Teixeira, Bandeira, 2022).

4. **PSS-10- Escala de Estresse Percebido:** instrumento originado da PSS-14 (escala com 14 questões) é uma escada desenvolvida para verificar o quão imprevisível, incontrolável e sobrecarregada o respondente avalia sua vida constituindo-se num instrumento capaz de medir os níveis atuais de estresse vivenciados pelo respondente. É uma escala do tipo *Likert* (0- 4) onde o Estresse Percebido (EP) é mensurado a partir da soma das pontuações de todas as respostas, onde 0= Nunca e 4=muito frequente. As questões de conotação positiva (4, 5, 7 e 8) têm a pontuação somada de forma invertida: 0= 4, 2= 2, 3= 1, e 4= 0. As questões 1, 2, 3, 6, 9 e 10, consideradas de conotação negativa, são somadas a partir da pontuação atribuída a cada uma delas. A soma total da pontuação tem escores que variam de 0 - 40. A Escala de Estresse Percebido tem duas subescalas nela embutidas: 1. Desamparo percebido (mede sentimentos de falta de controle sobre circunstâncias ou emoções e reações, mensurado das questões 1, 2, 3, 6 e 9); 2. Falta de autoeficácia (mede a incapacidade percebida de lidar com problemas, mensurada a partir das questões 4, 5, 7 e 8). A PSS-10 apresenta qualidades psicométricas adequadas para a aplicação entre brasileiros de vários grupos etários, inclusive idosos, faixa etária cada vez mais comum entre cuidadores de pessoas com a DA (Luft, Sanches, Mazo, Andrade, 2007; Novopsych, 2025).

5. **Escala de Katz:** instrumento desenvolvido para avaliar a capacidade funcional do idoso a partir do desempenho das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. A escala possui duas classificações: independente (realiza as tarefas sem supervisão), para o qual pontua-se “0”, e dependente (necessita de supervisão e cuidado integral), que é pontuado com o número “1”. A somatória das pontuações varia de 1 a 6 e a classificação se dá como independente/normal (0), muito levemente independente (1), levemente independente (2), moderadamente

dependente (3), dependente (4), severamente dependente (5) e incapacitado (6). A escala de Katz tem a grande limitação de não avaliar o item de ambulação, mas possui uma adaptação transcultural para o Brasil (Borges, *et. al.*, 2019; Vasconcelos, 2021).

6. **APGAR familiar:** desenvolvido em 1978, acrônimo APGAR é um instrumento capaz de avaliar a funcionalidade de famílias com idosos, a partir da percepção de um familiar, e procura responder a estes aspectos: 1) Adaptação (Adaptation): como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida; 2) Companheirismo (Partnership): como as decisões são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar na resolução de problemas; 3) Desenvolvimento (Growth): como a promoção do crescimento é compartilhada e qual o nível de satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar; 4) Afetividade (Affection): como são as interações emocionais entre os membros da família e a relação de intimidade num contexto familiar; 5) Capacidade resolutiva (Resolve): como o tempo é compartilhado e qual a satisfação do membro familiar com esse compartilhamento. Os gradientes de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0), com uma pontuação final entre 0 e 10, indicando o intervalo de 0 a 4 como elevada disfunção familiar; 5 a 6 como moderada disfunção familiar; 7 a 10 como boa funcionalidade familiar (Paiva *et al.*, 2011; Santos, Paulino, Rodrigues, 2024).

7. **WHOQOL-BREF:** é a versão abreviada do original WHOQOL-100 constituída por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida (percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde), e outras 24 questões, cada uma representando uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. O WHOQOL-bref é composto pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e as respostas seguem uma escala tipo Likert (de 1 a 5) onde, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. O resultado aparece somente em média (1 a 5), por domínio e por faceta. Nesse instrumento é necessário recodificar o valor das questões 3, 4, 26 onde 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1 (Whoqol Group, 1998b; Flecket. *al.*, 2000; Fleck, 2000). Para os familiares cuidadores de pessoas idosas com DA com idade igual ou superior a 60 anos o WHOQOL- bref foi complementado com a aplicação do WHOQOL- OLD.

8. **WHOQOL-OLD:** instrumento específico para idosos, considera o conceito de qualidade de vida como bem-estar, sentimentos positivos e saúde. Traz um conjunto de itens adicionais ao WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida em idosos e é constituído por 24 itens divididos em seis facetas: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Por ser um instrumento que não permite obter uma percepção ampliada para apreensão do conceito de qualidade de vida, apesar de ser amplo, é considerado complementar ao WHOQOL-BREF e, neste estudo, foi aplicado somente a 40 familiares idosos cuidadores de pessoas idosas com DA (Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006).

4.4.2 Procedimentos de coleta

O levantamento da lista inicial de participantes deste estudo deu-se nos meses de novembro e dezembro de 2023, a partir do cadastro geral de prontuários de pessoas idosas com DA do CRESI. Neste, foram selecionados todos os pacientes registrados na unidade com diagnóstico de Doença de Alzheimer e aqueles com prescrição de medicação específica para Alzheimer, mesmo sem o registro explícito do diagnóstico, perfazendo um total de 250 idosos sinalizados como ativos na planilha de prontuários (aqueles que frequentam o serviço a intervalos definidos pelos profissionais e os que não compareceram na unidade nos últimos 12 meses). Os números dos prontuários e nomes dos pacientes foram coletados para conferência no arquivo físico da unidade quando definiu-se investigar toda a população de pessoas idosas com DA cadastrados no CRESI.

A equipe de pesquisa, composta por docentes e discentes da UESC e UESB, bolsistas de iniciação científica da FAPESB e CNPQ e voluntários de Iniciação Científica ICV- UESC foi treinada para a aplicação dos instrumentos no mês de novembro de 2024, em dois encontros realizados na UESC. Docentes e voluntários de ICV que posteriormente entraram na equipe de pesquisa foram treinados por docentes treinados no primeiro momento.

Em janeiro de 2024, foram iniciados os contatos telefônicos para agendamento de visitas/encontros para a coleta dos dados, marcados para serem

realizados nos domicílios, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do bairro de residência do idoso/familiar cuidador ou no próprio CRESI, de acordo com a preferência e disponibilidade dos familiares cuidadores.

Alguns critérios para inclusão e exclusão de participantes no estudo foram utilizados, como descritos a seguir:

4.4.3 Critérios de inclusão dos participantes:

- Ser familiar cuidador principal, responsável pelo provimento do cuidado à pessoa idosa com Alzheimer cadastrada no CRESI, sendo este o responsável ou não pelos recursos requeridos pelo idoso.
- Ser maior de 18 anos.
- Residir no mesmo domicílio que o familiar idoso com Alzheimer.
- Aceitar participar da pesquisa.

4.4.4 Critérios de exclusão dos participantes:

- Não ser capaz de compreender os questionamentos dos instrumentos de coleta de dados.
- Recusar-se a assinar o TCLE.
- Desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Deixar de responder a qualquer um dos instrumentos.
- Falta de continuidade por motivo de mudança de domicílio (fora do município), adoecimento ou outro.
- Pessoas idosas com DA que vivem sós, que não têm cuidadores ou que têm seu cuidado realizado por cuidadores formais.
- Dificuldade de agendamento de visita para coleta dos dados, após tentativas através de ligações telefônicas e/ou contato com os ACS.

Após as tentativas de contato com os familiares cuidadores através dos números de telefones registrados nos prontuários do CRESI, alguns dos

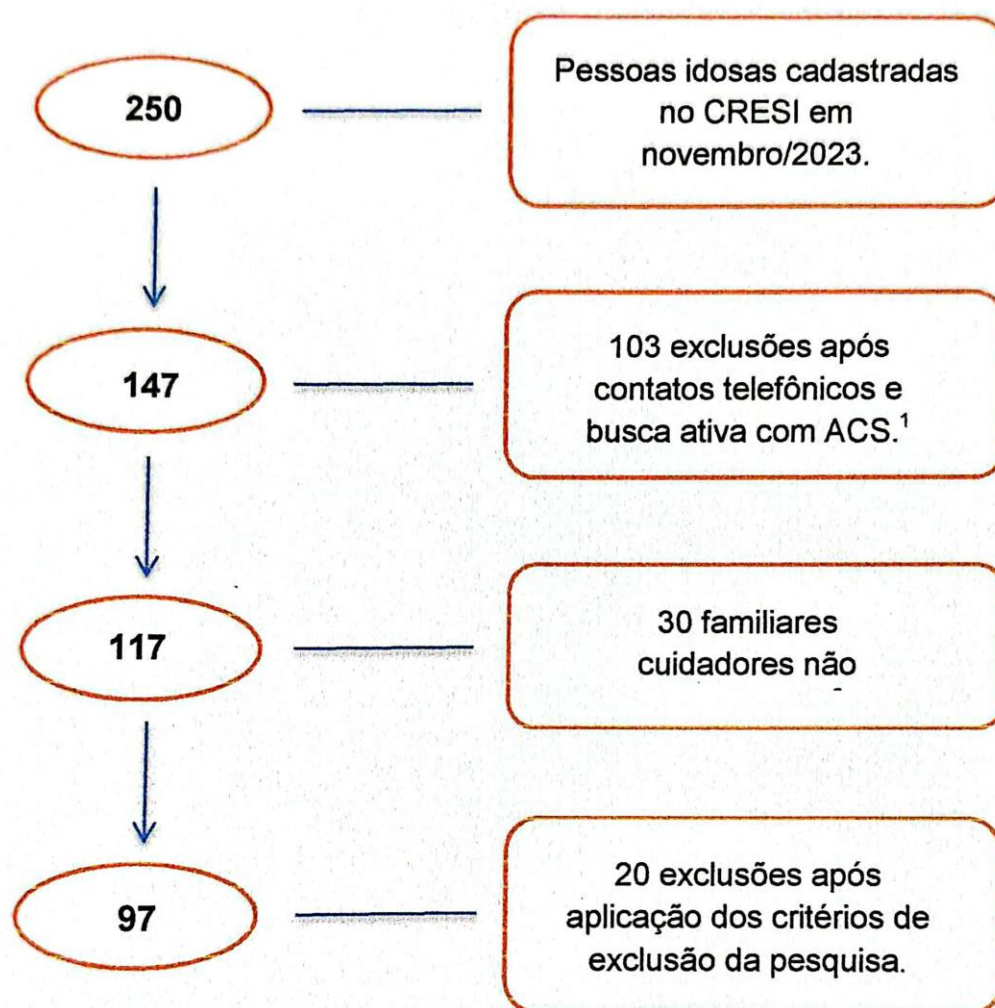
participantes foram localizados o que oportunizou a realização de 39 visitas para aplicação dos formulários de pesquisa, até o mês de junho de 2024.

A cada visita/encontro foram apresentados a proposta de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, utilizando linguagem clara, transparente e acessível e oportunizando o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou receios que o familiar cuidador pudesse ter sobre o estudo. Tendo confirmado o aceite em participar da pesquisa, o TCLE foi assinado em duas vias pela pesquisadora principal e o cuidador familiar. Nessa oportunidade, foram dadas as garantias éticas que lhe conferiam segurança para participar do estudo ou desistir a qualquer momento que julgasse pertinente, sem qualquer prejuízo pessoal, financeiro ou familiar, quais sejam: liberdade de participação, integridade do familiar cuidador e da pessoa idosa com Alzheimer, preservação de dados que pudessem identificá-los, privacidade, sigilo e confidencialidade, indenização por possíveis danos, ressarcimento de despesas que viesse a ter com a pesquisa e a apresentação/descrição do modo como seriam coletados os dados (aplicação dos instrumentos de pesquisa quantitativa). O preenchimento dos formulários foi realizado pelas pesquisadoras, aplicados em forma de entrevista.

A partir deste ponto da coleta de dados, sem acesso aos familiares cuidadores por telefone foi solicitado, junto à secretaria de saúde do município, o apoio dos ACS para localização dos endereços e das pessoas idosas com DA atendidas no CRESI, que faziam parte de suas microáreas de atendimento.

Com a colaboração dos ACS foi possível localizar mais 58 familiares cuidadores de pessoas idosas com DA, perfazendo o total de 97 familiares cuidadores que participaram deste estudo (Figura 03).

UNIVERSO DA PESQUISA



1. Óbitos não informados ao CRESI, pessoas/endereços inexistentes e pessoas idosas com DA sem perfil para participar da pesquisa: mudança de município, negação do diagnóstico de DA por parte do familiar cuidador, pessoas idosas que residem sozinhas e/ou não tem cuidador e pessoas idosas com DA que tem cuidador formal.
2. Números de telefones inexistentes ou pertencentes a outros usuários e não retorno dos ACS e enfermeiras coordenadoras das equipes de saúde das UBS.

Figura 03: Universo da pesquisa/população (2025).

Fonte: Dados da pesquisa.

4.4.5 Garantias éticas aos participantes da pesquisa

Os princípios éticos que nortearam essa pesquisa estão contemplados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas de Pesquisas em Seres Humanos (Brasil, 2012). O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (CAAE nº 68959823.4.0000.5526).

Riscos e benefícios aos participantes

O diálogo sobre assuntos delicados pode ser doloroso e fazer com que o cuidador sinta-se fragilizado. Especialmente em situações de adoecimento e vulnerabilidade, discutir temas como Transtornos Mentais Comuns, estresse, qualidade de vida e funcionalidade familiar poderia trazer à tona sentimentos negativos e reflexões que podem causar instabilidade emocional aos familiares participantes. A fim de minimizar esse risco, a equipe de pesquisadoras buscou criar um ambiente amistoso e de congraçamento em busca de uma relação de confiança entre participantes e pesquisadora, a partir do diálogo inicial, com oportunidade de fala e compartilhamento de vivências de cuidar.

A quantidade de instrumentos utilizados para a coleta poderia causar incômodo aos familiares por conta do tempo gasto na coleta dos dados. Para minimizar esse risco, os encontros foram agendados para dias e horários definidos pelos participantes.

Essa pesquisa não proporcionou qualquer tipo de gasto ou remuneração ao participante, mas lhe foi garantido, de antemão, o ressarcimento de qualquer gasto não previsto, bem como sua indenização, caso tenha qualquer dano decorrente da sua participação nesta pesquisa.

Como benefícios, a pesquisa oportunizou espaço de fala e escuta sobre suas vivências de cuidar de um familiar idoso com Alzheimer, tarefa muitas vezes solitária

e desprovida da colaboração de outros familiares, inclusive no que se refere a questões financeiras e de saúde.

4.4.6 Variáveis do estudo

VARIÁVEL DEPENDENTE:

- Transtornos Mentais Comuns - TMC (DESFECHO).

VARIÁVEIS INDEPENDENTES:

- Cuidar de um familiar idoso com Alzheimer (PRINCIPAL);
- Estresse percebido;
- Sobrecarga;
- Qualidade de vida;
- Funcionalidade familiar;
- Dependência do idoso;
- Idade dos familiares cuidadores;
- Identidade de gênero;
- Tempo de cuidado dedicado ao familiar idoso com a DA;
- Horas de sono;
- Ajuda para cuidar;
- Atividades fora de casa (atividades físicas/lazer);
- Renda pessoal comprometida.

4.4.7 Análise dos dados

A análise estatística foi realizada considerando o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$) e as frequências absolutas (FA) e relativas (FR) foram calculadas para todos os cruzamentos. Os dados foram organizados e processados de acordo com o objetivo a ser alcançado, como segue:

1. Utilizou-se o *software* gratuito JAMOV, versão 2.7.6 e a análise de resíduos padronizados na linguagem de programação *RStudio*, versão 2024.09.0. Foram elaboradas tabelas de contingência entre TMC e cada variável categórica. Aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates para verificar associações significativas quando conduziu-se a análise pós-hoc com resíduos padronizados ajustados para identificar quais categorias contribuíram para a associação observada. Para a variável "total de respostas sim dos sintomas- SRQ-20" foi calculada a mediana e o intervalo interquartil, uma vez que esta variável quantitativa discreta não tem distribuição normal (teste de Shapiro-Wilk).
2. Conduziu-se a análise a partir do software JAMOV versão 2.7.6 e linguagem de programação *RStudio* versão 2025.05.1. A análise bivariada empregou o teste do qui-quadrado de Pearson e realizados os resíduos ajustados padronizados para identificar a categoria associada quando identificada significância estatística. Variáveis com associação com TMC e valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística binomial múltipla (Hosmer; Lemeshow; Sturdivant, 2013).
3. Empregou-se a técnica de Modelagem por Equações Estruturais (SEM – Structural Equation Modeling), utilizando o software R (versão 4.4.3) e o pacote lavaan (versão 0.6-20). Um modelo teórico foi especificado com base nas relações esperadas entre variáveis e o ajuste do modelo foi avaliado por meio de indicadores consagrados na literatura, a saber, teste do qui-quadrado (χ^2), Comparative Fit Index ($CFI \geq 0,90$), Tucker-Lewis Index ($TLI \geq 0,90$), Root Mean Square Error of Approximation ($RMSEA \leq 0,08$) e Standardized Root Mean Square Residual ($SRMR \leq 0,08$). Para interpretação dos resultados, além do p valor $\leq 0,05$, foram utilizadas estimativas

padronizadas (β) para facilitar a leitura clínica e assistencial dos efeitos diretos e indiretos entre as variáveis.

Os resultados desta pesquisa foram discutidos à luz de estudos com familiares cuidadores de idosos dependentes que abordam os Transtornos Mentais Comuns e as variáveis independentes propostas nesse estudo

5 RESULTADOS

É possível asseverar o alcance dos objetivos propostos nesta tese. Os resultados estão apresentados sob a forma de três manuscritos elaborados de acordo com as normas de formatação dos periódicos selecionados para publicação, conforme informações apresentadas a seguir:

Manuscrito 1: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e associação com dados sócio-demográficos entre pessoas com Alzheimer. Submetido à revista Saúde.com (Qualis B1).

Manuscrito 2: Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em familiares cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer. Submetido à Revista de Psicología (Santiago)” (Qualis A3).

Manuscrito 3: Preditores diretos e indiretos de Transtornos Mentais em familiares cuidadores/as de pessoas idosas com Alzheimer. Submetido à revista “Psicologia e Sociedade (IMPRESSO)” (Qualis A2).

5.1 Manuscrito 1

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ASSOCIAÇÃO COM DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS ENTRE CUIDADORES DE PESSOAS COM ALZHEIMER

ANDRÉA EVANGELISTA LAVINSKY

RENATA SOARES PASSINHO

ROSEANNE MONTARGIL ROCHA

RESUMO

O envelhecimento amplia a incidência de Alzheimer e aumenta a demanda por cuidado informal nos domicílios, favorecendo o adoecimento de familiares cuidadores. Objetivou-se identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre familiares cuidadores de pessoas com Alzheimer e sua associação com dados sociodemográficos. Pesquisa quantitativa realizada entre 2023-2025, num município brasileiro, com 97 familiares cuidadores. Os dados foram coletados através de formulário de identificação e SRQ-20. Realizou-se o teste Qui-quadrado com correção de Yates para verificar associações significativas ($p < 0,05$) e análise pós-hoc com resíduos padronizados ajustados (frequências absolutas e relativas). As análises bivariadas foram realizadas no *software* JAMOVI, versão 2.7.6 e a análise de resíduos padronizados na linguagem de programação *RStudio*, versão 2024.09.0. A prevalência de TMC acompanha o perfil geral da população estudada: maioria é constituída por mulheres e filhas entre 25-59 anos; das que possuem renda, poucas a utilizam consigo mesmas. São cristãs que não frequentam as reuniões por falta de energia/tempo, não praticam atividade física, dormem menos de 6 horas e recebem ajuda para cuidar. As horas dedicadas ao cuidado estão significativamente associadas aos TMC. Espera-se sensibilizar a sociedade e o poder público para a efetiva implementação da Política Nacional de Cuidados do Brasil, criando condições que apoiem a prática do cuidado informal no interior das famílias.

Palavras-chave: Transtornos Mentais Comuns. Familiares cuidadores. Pessoa idosa. Alzheimer.

ABSTRACT

Aging increases the incidence of Alzheimer's and raises the demand for informal care at home, contributing to the illness of family caregivers. The aim was to identify the prevalence of Common Mental Disorders among family caregivers of people with Alzheimer's and their association with sociodemographic data. Quantitative research conducted between 2023 and 2025 in a Brazilian municipality, with 97 family caregivers. The data were collected through an identification form and the SRQ-20. A

chi-square test with Yates' correction was performed to check for significant associations ($p < 0,05$) and a post-hoc analysis with adjusted standardized residuals (absolute and relative frequencies). The bivariate analyses were conducted using the JAMOVI software, version 2.7.6, and the standardized residuals analysis was performed in the RStudio programming language, version 2024.09.0. The prevalence of CMD follows the general profile of the studied population: the majority are women and daughters aged 25-59; of those who have income, few use it for themselves. They are Christians who do not attend meetings due to lack of energy/time, do not exercise, sleep less than 6 hours, and receive help with care. The hours dedicated to care are significantly associated with common mental disorders (CMD). It is expected to raise awareness in society and among public authorities for the effective implementation of Brazil's National Care Policy, creating conditions that support the practice of informal care within families.

Keywords: Common mental disorders. Family caregivers. Elderly people. Alzheimer's disease.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem ampliado a incidência das diversas doenças cronicodegenerativas em todo o mundo (Deng, Wang, Gu, Peipei, 2023)¹ e pesquisas recentes apontam para o aumento do número de pessoas que convivem com o Alzheimer no mundo; são 55 milhões de casos. Considerada doença de grande relação com países populosos e de baixa e média renda, está presente no Brasil com aproximadamente 1,2 milhão de pessoas convivendo com o Alzheimer em todo o país (Alzheimer's Association, 2025; Gauthier, Webster, Servaes, Moraes, Rosa-Neto, 2022)^{2,3}.

Esse fato traz consigo grandes repercussões sociais, econômicas e de saúde física e mental, com ampliação da necessidade de atendimento à saúde e aumento da demanda por cuidado informal realizado (Ministério da Saúde, 2025)⁴, na grande maioria dos casos, no interior dos domicílios e por familiares do sexo feminino - população que tem assumido a responsabilidade do cuidado e garantido o sustento dos sistemas de saúde (Lawson- Max et. al., 2020)⁵.

O contexto do cuidado complexo e permeado por estressores tem adoecido familiares cuidadores (Torres-SanMiguel, 2024)⁶, o que favorece o surgimento de altos níveis de ansiedade, depressão, estresse e sofrimento psíquico (Frederiksen, Lanctôt, Weidner, Hahn-Pedersen, Mattke, 2023; Kim, Noh, Kim, 2021; Lavinsky, Rocha, Landim, 2021)⁷⁻⁹. Tais manifestações, frequentemente descritas em pesquisas realizadas com cuidadores de

pessoas idosas dependentes, são agrupadas sob o constructo de Transtornos Mentais Comuns (TMC), e incluem sintomas ansiosos e depressivos como insônia, fadiga, alteração do apetite, do humor e do pensamento, além de problemas somatoformes passíveis de serem detectados a partir do rastreio na Atenção Primária à Saúde- APS (Silveira, Kroeff, Teixeira, Bandeira, 2021)¹⁰.

O cuidado prestado a pessoas com Alzheimer, caracterizado pela evolução do quadro clínico até a dependência total de cuidadores (Ministério da Saúde, 2025)⁴, envolve dedicação de tempo, dificuldade para realização das tarefas, complexidade das relações no contexto de cuidado, e tem contribuído de forma determinante para o adoecimento mental do cuidador. Soma-se a isso, a frequente inexistência de redes de apoio e a ampliação do isolamento social decorrente do cuidado, condições que tem sido associadas ao aumento de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, bem como redução da energia decorrente da sobrecarga entre cuidadores de pessoas com demência (Mattos, Kovács, 2020)¹¹.

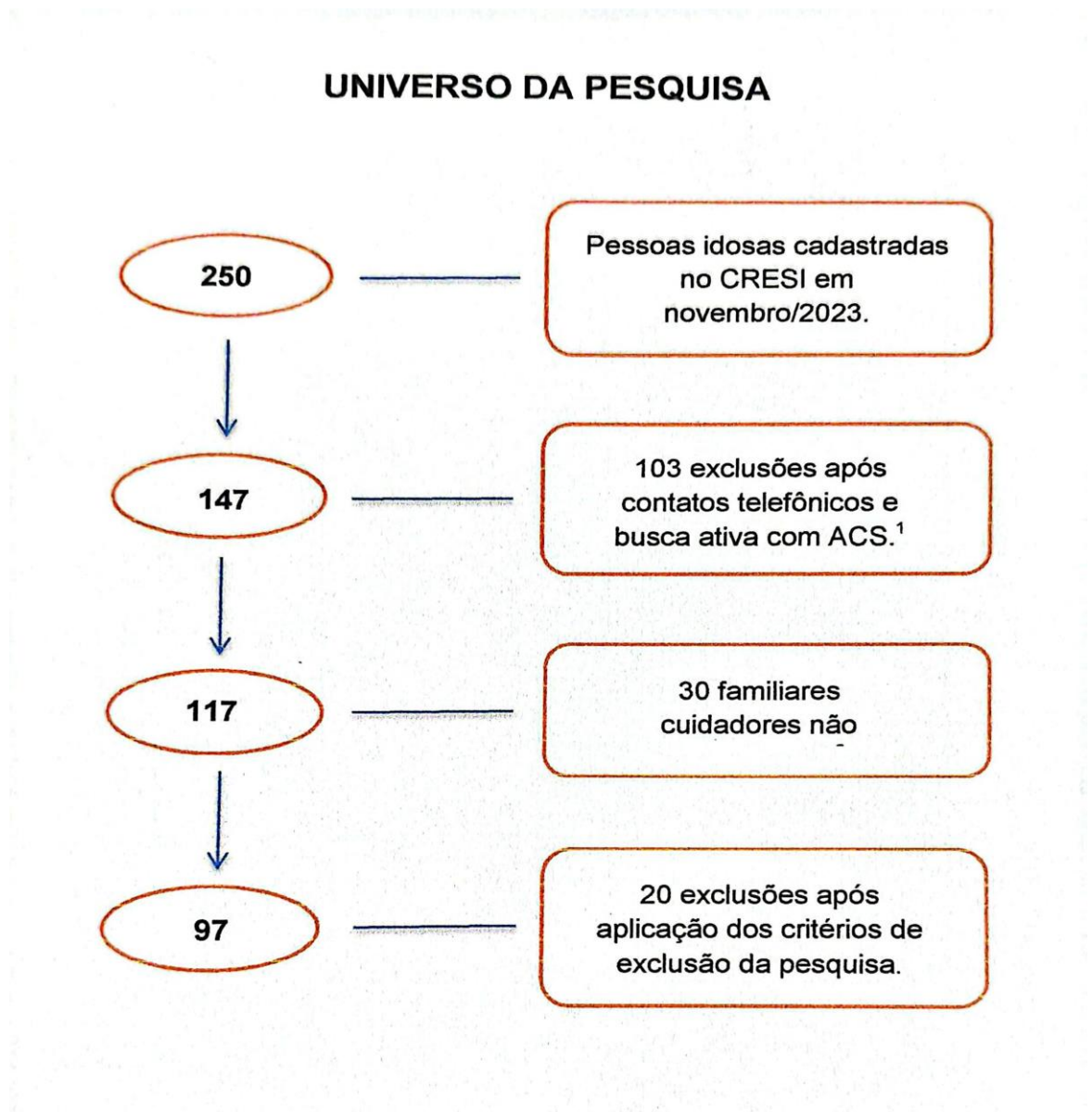
Considerando as consequências do cuidado solitário e da sobrecarga por ele imposta à saúde mental dos cuidadores, e a responsabilização que recai sobre o estado e toda a sociedade, propõe-se nesse estudo, identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer e sua associação com os dados sociodemográficos.

METODOLOGIA

Pesquisa epidemiológica, de recorte transversal e caráter quantitativo, realizada nos anos de 2023-2025 no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRESI) do município de Itabuna, localizado no sul da Bahia- Brasil. O CRESI, mantido pelo Sistema único de Saúde, conta com uma equipe multiprofissional de saúde e atende pacientes com doenças crônico-degenerativas do município, a exemplo da Doença de Alzheimer. A coleta de dados ocorreu entre nov/2023 e maio/25, e foi realizada a partir de busca ativa aos familiares cuidadores das pessoas idosas com Alzheimer cadastradas no programa. Para tanto, contou-se com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município para localização dos endereços daqueles cuidadores não encontrados inicialmente por contato telefônico realizado pelas pesquisadoras. Do universo de 250 pessoas idosas cadastradas no CRESI, um total de 97 familiares, cuidadores principais de pessoas com Alzheimer que residem no mesmo

domicílio e assumem o cuidado de seu familiar idoso, constituíram a amostra deste estudo (Figura 1).

Figura 1: Universo/amostra do estudo. Itabuna, Bahia, Brasil, 2025.



1. Óbitos não informados ao CRESI, pessoas/endereços inexistentes e pessoas idosas com DA sem perfil para participar da pesquisa: mudança de município, negação do diagnóstico de DA por parte do familiar cuidador, pessoas idosas que residem sozinhas e/ou não tem cuidador e pessoas idosas com DA que tem cuidador formal.
2. Números de telefones inexistentes ou pertencentes a outros usuários e não retorno dos ACS e enfermeiras coordenadoras das equipes de saúde das UBS.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados foram coletados através de formulário de identificação elaborado pela pesquisadora principal, contendo dados sociodemográficos, e do SRQ-20 (Self Report Questionnaire), instrumento de rastreio de transtornos mental elaborado pela Organização Mundial de Saúde e amplamente utilizado em vários países.

O SRQ-20 é um formulário autoaplicável que contém 20 questões com opções de respostas sim ou não sendo o resultado computado a partir da somatória do número de respostas positivas. Quatro dimensões compõem a escala: 1. Humor depressivo/ansioso; 2. Sintomas somáticos; 3. Decréscimo de energia; 4. Pensamentos depressivos. O ponto de corte utilizado para detecção de sofrimento mental na população estudada foi ≥ 7 (maior ou igual a sete), considerando esse valor a média entre as notas mínimas atribuídas para mulheres e homens aqui no Brasil (Silveira, Kroeff, Teixeira, Bandeira, 2021)¹⁰.

A equipe de pesquisa, composta por docentes e discentes de iniciação Científica da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e discentes do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES-UESB), foi previamente treinada para a localização e abordagem dos participantes, e para a aplicação dos formulários sob a forma de entrevista. O projeto dessa pesquisa é parte de um projeto guarda-chuva intitulado “o cuidado familiar de pessoas idosas com Alzheimer” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESC (CAAEE 68959823.4.0000.5526).

A análise estatística foi realizada a partir da elaboração de tabelas de contingência entre TMC e cada variável categórica. Na sequência, aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates para verificar associações significativas ($p < 0,05$). Detectada associação significativa através do teste Qui-quadrado, conduziu-se a análise pós-hoc com resíduos padronizados ajustados a fim de identificar quais categorias contribuíram para a associação observada. As frequências absolutas (FA) e relativas (FR) foram calculadas para todos os cruzamentos. Para a variável "total de respostas sim dos sintomas- SRQ-20" foi calculada a mediana e o intervalo interquartilico, uma vez que esta variável quantitativa discreta não tem distribuição normal, verificada pelo teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$). As análises bivariadas foram feitas no *software* gratuito JAMOV, versão 2.7.6 e a análise de resíduos padronizados na linguagem de programação *RStudio*, versão 2024.09.0. Todas as análises foram realizadas considerando um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram investigados 97 familiares cuidadores que prestam cuidados de longo prazo a pessoas idosas com Alzheimer cadastradas num programa especializado em atendimento a idosos com doenças crônico-degenerativas, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde brasileiro.

Tabela 1: Distribuição de familiares cuidadores com e sem TMC (n = 97) e associação com variáveis sociodemográficas. Itabuna - Bahia - Brasil, 2025.

Variável / Categoria	Transtornos Mentais Comuns				Total	
	Não		Sim		p-valor	
	n	%	N	%		
Prevalência de TMC	41	42,3	56	57,7		97 100
IDADE					0,98	
20-24 anos	2	4,9	3	5,4		5 5,1
25-59 anos	22	53,7	29	51,8		51 52,6
Mais de 60 anos	17	41,5	24	42,9		41 42,3
IDENTIDADE DE GÊNERO					0,81	
Feminino	34	82,9	48	85,7		82 84,5
Masculino	6	14,6	6	10,7		12 12,4
Outro	1	2,4	2	3,6		3 3,1
GRAU DE PARENTESCO					0,61	
Cônjuge	8	19,5	8	14,3		16 16,5
Filha/o	27	65,9	42	75		69 71,1
Outros	6	14,6	6	10,7		12 12,4
ESCOLARIDADE					0,74	
Baixa	11	26,8	19	33,9		30 40
Média	16	39	23	41,1		39 40,2
Alta	14	34,1	14	25		28 28,8
USO DA RENDA PESSOAL					0,45	
Sem renda	21	51,2	29	51,8		50 51,5
Compartilhada	15	36,6	24	42,9		39 40,2

Consigo	5	12,2	3	5,4		8	8,3
RELIGIÃO					0,33		
Católica/o	15	36,6	26	46,4		41	42,3
Evangélica/o	21	51,2	26	46,4		47	48,4
Nenhuma	3	7,3	4	7,1		7	7,2
Outra	2	4,9	0	0		2	2,1
FREQUÊNCIA ÀS REUNIÕES					0,29		
1-2x/semana	17	41,5	26	46,4		43	44,3
3-4x/semana	6	14,6	3	5,4		9	9,3
Não frequenta	18	43,9	27	48,2		45	46,4
ATIVIDADE FÍSICA					0,09		
1-3x/semana	10	24,4	13	23,2		23	23,7
4-7x/semana	7	17	4	7,2		11	11,3
Não pratica	24	58,5	39	69,6		63	64,9
HORAS DE SONO					0,19		
Menos que 6h	24	58,5	40	71,4		64	66
7-9h	17	41,5	16	28,6		33	34
AJUDA PARA CUIDAR					0,96		
Não	17	41,5	23	41,1		40	41,2
Sim	24	58,5	33	58,9		57	58,8
HORAS DE CUIDADO					0,04		
Menos que 8h	9	22	6	10,8		15	15,5
8-12h*	9	22	25	44,6		34	35,0
Mais que 12h	23	56,1	25	44,6		48	49,5

Nota: p-valor pelo teste qui-quadrado e Pearson com correção de Yates. *Associação encontrada com o desfecho TMC pela análise de resíduos padronizados ajustados.

Do total de familiares cuidadores de pessoas idosas com a Doença de Alzheimer que participaram desta pesquisa, 56 (57,7%) têm sintomas de Transtorno Mental Comum. Destes, 51,8% (n= 29) tem idade entre 25 e 59 anos. Chama a atenção o percentual de cuidadores idosos cuidando de pessoas idosas: um total de 42,9% (n=24) de pessoas que, mesmo vivenciando o ônus do processo do envelhecimento, ainda dedicam-se ao cuidado de seu ente querido, idoso e doente. Trata-se de uma população constituída, em sua maioria, por mulheres (85,7% - n=48) e filhas (75% - n= 42) com 12 ou mais anos de estudo: 41,1% cursou o ensino médio (n=23); 32,1% cursou o ensino fundamental (n=18) e 25% cursou o ensino superior (n=14). Apenas um familiar cuidador se declarou analfabeto (1,8%).

A maioria dos participantes com TMC não tem qualquer tipo de renda (51,8% - n=29). Dentre aqueles que possuem alguma renda (beneficiário, trabalho eventual ou empregado) observa-se que, apenas três (5,4%) utiliza sua renda com gastos pessoais, 42,9% (n=24) dos

cuidadores que tem alguma renda utilizam seus recursos para atendimento das necessidades da casa, família e, em menor proporção, do ente idoso sob seus cuidados.

Os familiares cuidadores com algum tipo de transtorno mental são cristãos, evangélicos e católicos, cada grupo composto por 26 indivíduos, o que corresponde a 46,4%, cada. 46,4% do total de cristãos com TMC frequentam as reuniões 1 a 2 vezes por semana. No entanto, observou-se que mais da metade destes (48,2%- n=27) não frequenta as reuniões por falta de energia e/ou de tempo para si, mesmo declarando-se cristãos praticantes.

Nesta população, a atividade física não é prática comum entre aqueles que convivem com sintomas de transtornos mentais. 69,6% dos cuidadores não pratica atividade física e 23,2% pratica entre 1 e 2 vezes por semana. Embora sem significância estatística ($p=0,09$), percebe-se a menor incidência de transtornos mentais entre aqueles que praticam atividade física (30,4%), sendo que o menor percentual (7,2%) de transtornos mentais pode ser visualizado entre aqueles que praticam entre 4 e 7 vezes por semana.

Cuidadores que dormem menos de 6 horas por noite constituem o grupo de maior prevalência de TMC. São 71,4% de indivíduos que dormem poucas horas contra os 28,6% que conseguem desfrutar de 6-9 horas de sono por noite, dado que chama a atenção pela função moduladora do sono para a saúde física e mental dos indivíduos e pela complexidade da tarefa de cuidar de uma pessoa idosa com Alzheimer.

No que se refere à variável “ajuda para cuidar”, é possível observar que o maior percentual de TMC ocorre entre aqueles que recebem ajuda (58,9%; n= 33). Ocorrência semelhantemente alta (41,1%) pode ser percebida entre aqueles que não recebem ajuda para cuidar o que sugere que, nessa população estudada, o adoecimento mental decorrente do cuidado independe da ajuda oferecida por familiares, amigos ou cuidadores formais.

Em contrapartida, observa-se que a variável “horas de cuidado” exerce importante influência sobre o surgimento de transtornos mentais. Indivíduos que dedicam entre 8 e 12 horas ou mais que 12 horas de seu tempo para o cuidado da pessoa idosa com Alzheimer representam 89,2% (n=50) daqueles que desenvolveram TMC (46,6% em cada grupo). Vale destacar que, dentre todas as variáveis aqui apresentadas, unicamente a variável “horas de

cuidado” apresentou associação estatística significativa ($p=0,05$) com a variável desfecho (TMC).

Como o teste Qui-quadrado para a variável “horas de cuidado” apresentou $p= 0,04$ indicando associação significativa com TMC com valor limítrofe ao “p valor” aqui adotado, aplicou-se o teste pós-hoc de resíduos padronizados ajustados para identificar quais categorias estão associadas à presença ou ausência de TMC. Neste, considerou-se o resíduo padronizado ajustado maior que +1,96 ou menor que -1,96, como evidência estatística de que a célula contribui significativamente para a associação observada.

Tabela 2: Análise dos resíduos padronizados ajustados da variável “horas de cuidado”, Itabuna – Bahia, 2025.

HORAS DE CUIDADO	TMC = não (z)	TMC = sim (z)	Interpretação
Menos que 8h	1,9	-1,9	Tendência à associação com ausência de TMC
8-12h	-2,4	2,4	Associado à presença de TMC
Mais que 12h	0,6	-0,6	Sem associação significativa

A análise dos resíduos padronizados ajustados da variável “horas de cuidado” revelou que a categoria “8 a 12 horas” está significativamente associada à presença de TMC, indicando que indivíduos que dedicam esse intervalo de tempo diário ao cuidado do idoso apresentam maior prevalência de sintomas de Transtorno Mental Comum. Importante considerar que a análise pós-hoc não substitui o teste de hipóteses principal e pode ser influenciada por flutuações amostrais, especialmente em células com baixa frequência.

DISCUSSÃO

Foram investigados 97 familiares que cuidam de pessoas com Alzheimer cadastradas num Centro de Referência de Saúde do Idoso, mantido pelo sistema público brasileiro. A maioria dos participantes apresentou Transtornos Mentais Comuns, principalmente com sintomas ansiosos e depressivos (Li, et.al, 2020)¹², porém os dados sócio-demográficos dessa população não apresentaram associação estatisticamente significativa com a prevalência de TMC, à exceção do tempo /horas dedicadas ao cuidado desse familiar doente.

A alta prevalência de transtornos mentais não é visível somente entre familiares cuidadores de pessoas idosas com DA, e têm-se verificado o aumentado significativo de adoecimento mental em todas as comunidades ao redor do mundo. Transtornos relacionados à ansiedade e à depressão têm acometido pessoas de diferentes idades e classes sociais e, embora atinjam pessoas de diversas identidades de gênero, é entre as mulheres que tem sido encontrados os maiores índices (ONU, 2025)¹³. Isso também pode ser percebido em nosso estudo: a maior parte dos cuidadores aqui investigada é constituída por mulheres e filhas (Angrisani, Reed, Banerjee, Lee, 2025; Ibrahim, Ibrahim, Zaghamir, 2024; Loi, et.al., 2024; Li, et.al, 2020)^{14-16, 12}, as quais também congregam o maior percentual de Transtornos Mentais Comuns.

Historicamente, as mulheres têm sido provedoras de cuidados nos sistemas familiares das diferentes sociedades, dedicando inúmeras horas de seu tempo e abdicando, inclusive, do trabalho e outras atribuições sociais e pessoais. Apesar de mulheres encontrarem mais facilmente formas de enfrentamento de problemas e gerenciamento de emoções em situações estressantes, são perceptíveis as implicações que essa habilidade traz à sua saúde ao longo da vida (Marín-Maicas, Corchón, Ambrosio, Portillo, 2021)¹⁷.

Embora a feminização do cuidado alcance diversos seguimentos sociais, quando a responsabilidade de cuidar no âmbito familiar não recai sobre as mulheres, frequentemente é atribuída aos membros “feminizados” da família, ou seja, àqueles mais vulneráveis identificados em nosso estudo como desempregados, cônjuges idosos, os que vivem em situação de dependência econômica e em coabitação com o familiar doente. É em estudo realizado em São Paulo- Brasil, que vêm à tona as discussões sobre o cuidado atribuído a uma única pessoa escolhida pelo perverso critério da vulnerabilidade, condição que os pesquisadores compararam à degradação, trabalho forçado e confinamento, com grandes prejuízos à saúde física e psicológica dos cuidadores (Estevam, Francisco, Silva, 2021)¹⁸.

Tornar-se cuidadora não é destino escolhido pelas mulheres, mas imposto pela expectativa construída socialmente e já internalizada por elas ao longo da vida; assumem a responsabilidade por “imposição” e cumprem uma rotina diária de cuidado disciplinado, ininterrupto, com dedicação exclusiva e caracterizado por sobreposição de tarefas de

cuidado que incluem o familiar doente, a casa e a família (Galdino, 2025; Angrisani, Reed, Banerjee, Lee, 2025)^{19,14}.

Destaque dado aqui à complexidade dos cuidados prestados no interior das famílias que convivem com pessoas idosas com DA: gerenciamento e administração de medicamentos, manejo de sintomas e decisões acerca de cuidados geralmente pautados em princípios paliativos (Galdino, 2025)¹⁹. Um estudo recente realizado com cuidadores principais de pessoas com Alzheimer, na China, observou que o bem estar físico e emocional dos cuidadores é profundamente afetado à medida que o Alzheimer progride e o doente perde a capacidade de cuidar de si mesmo; o comprometimento da qualidade do cuidado ofertado é uma consequência perceptível (Yu, Wang, Li, Yi, Li, Hu, 2025)²⁰.

Dentre as variáveis sócio-demográficas aqui analisadas, apenas horas de cuidado diário foram estatisticamente associadas à presença de TMC. Esses resultados são consistentes com um estudo realizado no Egito que revelou um alto nível de estresse entre cuidadores de pessoas com Alzheimer que dedicavam, em sua maioria, de 12 a 24 horas de cuidados diariamente, situação, esta, que afeta todos os aspectos da vida do cuidador e ocupa a maior parte de seu tempo (Shoukr, Mohamed, El-Ashry, 2022)²¹. De modo semelhante, um estudo realizado no Reino Unido identificou percentual significativo de cuidadores co-residentes que cuidam por mais de 50 horas por semana, realidade que está fortemente associada a mais sintomas depressivos (Zhang, Bennett, 2024)²².

Sem preparo técnico (Vara-García, Romero-Moreno, Márquez-González, Barrera-Caballero, Pedroso-Chaparro, Losada-Baltar, 2021; Pampolim, Leite, 2020)^{23,24} e dedicando longas horas de seu tempo diário ao cuidado (Loi, et.al., 2024; Prieto-Prieto, Madruga, Adsuar, González-Guerrero, Gusi, 2022; Vu, Mangal, Stead, Lopez-Ortiz, Ganti, 2022)^{16,25,26}, o cuidador é frequentemente acometido pela exaustão e estresse (Cody, Montgomery, Gray, Saunders-Goldson, Baker, 2021)²⁷, geralmente acompanhados por adoecimento emocional, como verificado através de análises estatísticas em nosso estudo. Vale destacar que a orientação sobre como cuidar de pacientes com DA trouxe redução drástica do estresse e aumento do bem-estar psicológico entre os indivíduos investigados no Egito (Shoukr, Mohamed, El-Ashry, 2022)²¹ e em outras realidades também.

Poder acessar cuidados de saúde fora da família é privilégio de poucos. Aqui no Brasil, bem como em outros países ao redor do mundo, a saúde tem se tornado responsabilidade do próprio indivíduo ou de sua família que, dispondo ou não de recursos financeiros para contratação de cuidadores, tem sido fortemente responsabilizada pelo cuidado permanente de seus idosos dependentes (Estevam, Francisco, Silva, 2021)²⁸. Contrariando pesquisas que apontam como solitário (Marín-Maicas, Corchón, Ambrosio, Portillo, 2021)¹⁷ o cuidado a pessoas idosas, doentes e dependentes, observou-se em nosso estudo, que a maioria dos cuidadores conta com ajuda de outros familiares, amigos e de cuidadores formais para cuidar de seu ente doente, fato que não implica em menor prevalência de TMC nesse grupo que recebe ajuda para cuidar.

Nesse contexto de cuidado de pessoa com Alzheimer é comum observar referência à abdicação da vida anterior em familiares cuidadores (Keating, McGregor, Yeandle, 2021)²⁹, sensação que confere não só sobrecarga física, mas emocional, econômica e social (Popa, Manea, Velcea, Șalapa, Manea, Ciobanu, 2021)³⁰. São vidas que, após o adoecimento do ente querido, não mais conseguem agregar atividades profissionais, de lazer e de cuidado com a saúde, condições que ampliam a percepção de adoecimento e proximidade da morte e gera um círculo de sofrimento psíquico e emocional - dados identificados em pesquisa realizada com cuidadoras brasileiras residentes na cidade de São Paulo. A partir dos dados levantados neste estudo, as autoras reforçam a necessidade de criação de espaços de escuta e acolhimento para cuidadores de pessoas com Alzheimer (Angrisani, Reed, Banerjee, Lee, 2025; Mattos, Kovács, 2020)^{14,11}.

Corroborando com estudos recentes (Yu, Wang, Li, Yi, Li, Hu, 2025)²⁰, a maioria dos participantes com sofrimento mental nesta pesquisa referiu não praticar atividade física, de lazer ou alguma outra atividade social, de autocuidado e fora do ambiente de cuidado. Dados semelhantes foram relatados numa investigação realizada em Valência- Espanha, com cuidadores de pessoas com transtornos neuropsiquiátricos que referiram sentir-se exaustos e com pouca energia para a prática de exercícios, cuidados com alimentação saudável e outras práticas de autocuidado reconhecidas por eles como necessárias à manutenção da saúde: 71% da amostra desse estudo apresentou autocuidado abaixo do ideal (Sánchez-Martínez, Cauli, Corchón, 2024)³¹.

Em estudo realizado com profissionais de saúde mental numa cidade metropolitana da Austrália, o destaque foi dado à ligação positiva entre exercícios e os transtornos de humor. A análise trata dos benefícios da atividade física à saúde, tanto mental quanto física, a exemplo da melhoria da saúde cardiovascular e do humor em indivíduos com sintomas depressivos e de ansiedade, além de ajudar a proporcionar um impacto motivacional positivo aos consumidores (Garvey, Benson, Bengner, Short, Banyard, Edward, 2023)³² o que, certamente, pode funcionar como combustível para a prática do autocuidado, e cuidado de qualidade para com seu familiar doente. Além da redução de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e melhora da autoestima, a prática de atividade física pode aumentar a produção de opioides e endocanabinoides, neuroquímicos capazes de auxiliar na redução da dor e na melhora do humor e do sono (Bhattacharya, Chatterjee, Roy, 2023)³³.

A associação entre saúde mental e atividade física em adultos chineses foi investigada numa população constituída majoritariamente por mulheres (61,91%), casadas (82,03%) e com renda anual inferior a 100.000 Yuan (10,74%). Entre estas, inatividade física foi prevalente em 49% dos participantes, sem diferença significativa entre mulheres e homens. Todas as variáveis foram associadas à saúde mental, embora o número de dias de caminhada por semana tenha sido o preditor mais forte da saúde mental, seguido de atividade física semanal total (Shen, Li, 2024)³⁴. Os dados de inatividade observados em nosso estudo mostraram-se superiores ao estudo com chineses, inclusive com alto percentual de inatividade também entre aqueles com TMC. Corroborando com o resultado do estudo supracitado, o menor percentual de transtornos mentais foi verificado entre cuidadores que praticavam atividade física entre 4 e 7 vezes por semana.

A falta de prioridade dos familiares cuidadores aqui investigados com o autocuidado e bem-estar também pode ser percebida através da não utilização dos recursos financeiros com gastos pessoais, quando tem algum tipo de renda, e da falta de reserva de tempo para outras atividades fora do ambiente de cuidado que proporcionem sentimentos de alegria e/ou prazer, a exemplo da prática e envolvimento em atividades religiosas, sociais ou de lazer. Condição semelhante também foi verificada em estudo realizado com cuidadores de pessoas com Alzheimer nos Estados Unidos quando, por conta de altos custos financeiros, longas horas de cuidado e prioridades sempre direcionadas ao familiar doente e à família, cuidadores acabam não dispondo de tempo ou recursos para si mesmos, além da percepção

e queixa de isolamento social e privação do sono (Vu, Mangal, Stead, Lopez-Ortiz, Ganti, 2022; Marín-Maicas, Corchón, Ambrosio, Portillo, 2021)^{26,17}.

O Brasil é uma nação majoritariamente cristã; a espiritualidade e religiosidade são amplamente praticadas em nossa sociedade e têm moldado o modo de viver das pessoas. Observou-se, nesse estudo, uma alta prevalência de TMC entre os cuidadores cristãos (evangélicos e católicos); a maioria afirmou que não frequenta os cultos religiosos por falta de tempo e energia decorrentes das demandas de cuidado. Uma pesquisa conduzida numa sociedade de língua alemã observou que formas não institucionalizadas de significado transcendental (espiritualidade) estão associadas à saúde mental e fortemente vivenciadas como fonte de crescimento pessoal (Zwingmann, 2025)³⁵. Noutra vertente, a frequência à igreja (religiosidade) apresentou relação estatisticamente significativa entre sobrecarga e depressão e entre autoavaliação de saúde e depressão, num estudo realizado com familiares cuidadores de pessoas com Alzheimer em comunidades latino-americanas nos Estados Unidos (Sun, Hodge, 2014)³⁶.

Dormir menos de 6 horas de sono por noite foi a experiência mais relatada entre os familiares com TMC. Essa foi a 2ª maior queixa detectada quando os sintomas de transtornos mentais foram verificados individualmente a partir da SRQ-20 (dorme mal), perdendo apenas para nervosismo ou tensão. Embora com percentual menor que o encontrado em nosso estudo, queixa semelhante é relatada entre os participantes de um estudo realizado na Espanha com familiares cuidadores de pessoas com transtornos neuropsiquiátricos, onde 36% dos participantes relataram sono de má qualidade relacionado à prestação de cuidados de longa duração, além da sensação de tempo de sono insuficiente para reposição de suas energias (Sánchez-Martínez, Cauli, Corchón, 2024)³¹.

Refutando a ausência de associação significativa entre número reduzido de horas de sono e a presença de TMC em nosso estudo, investigações realizadas em outros contextos apontam a influência negativa de noites mal dormidas sobre a vida das pessoas. Nessa direção, é possível citar uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que revelou que cuidadores com insônia tem pontuações maiores para ansiedade, depressão e sobrecarga do cuidador e menores para percepção de saúde e qualidade de vida (Starr, Washington, McPhillips, Pitzer, Demir, Oliver, 2022)³⁷.

Independente do perfil dos acometidos por transtornos mentais neste e em outros estudos realizados em diversos países, menos de 10% dos indivíduos com algum tipo de transtorno mental, em países de baixa renda, recebem o atendimento necessário de saúde, dado que chama a atenção pelo caráter incapacitante desse tipo de acometimento (ONU, 2025)¹³. Trazendo essa realidade a populações específicas, como aquelas que cuidam de familiares idosos doentes, frágeis e incapacitados, que demandam cuidados de longo prazo e sem apoio familiar, social e dos serviços de saúde, é possível inferir a grandiosidade das implicações da insuficiência dos sistemas de saúde sobre a saúde mental dessas pessoas e a manutenção do cuidado familiar no interior das famílias.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo tem como limitação o tamanho da amostra estudada que, embora constitua a população do CRESI no período estudado, tem um número reduzido de usuários quando comparado ao montante daqueles que utilizam as unidades de Atenção Primária à Saúde distribuídas em todo o município, o que limitou a generalização. Assim, propomos a ampliação da investigação para melhor rastreamento dos TMC entre cuidadores de pessoas com Alzheimer no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática solitária de cuidar de uma pessoa idosa acometida pela Doença de Alzheimer tem sido realizada por um exército de pessoas não remuneradas, e muitas vezes negligenciadas pelas sociedades em todo o mundo. Do total de familiares cuidadores que participaram desta pesquisa, a maioria tem sintomas de Transtorno Mental Comum e encontra-se na faixa etária entre 25 e 59 anos de idade. Chama a atenção o grande percentual de cuidadores em sofrimento mental que são idosos e assumem o cuidado de seus familiares idosos com Alzheimer. Observou-se que o perfil dos familiares cuidadores com transtorno mental acompanha o perfil geral da população estudada: mulheres e filhas com 12 ou mais anos de estudo (ensino médio), sem qualquer tipo de renda. daquelas que possuem alguma renda (beneficiário, trabalho eventual ou empregado) a maioria utiliza seus

recursos para atendimento das necessidades da casa, família e do ente idoso sob seus cuidados. São evangélicas e católicas que, em sua maioria, não frequentam as reuniões por falta de energia e/ou de tempo para si, não praticam atividade física e dormem menos de 6 horas por noite. Embora pareça contraditório à primeira vista, observou-se o maior percentual de transtornos mentais entre aqueles que recebem ajuda para cuidar. As horas dedicadas ao cuidado estão significativamente associadas ao surgimento de TMC. Espera-se que o conhecimento da alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer sensibilize a sociedade civil e organizada, profissionais de saúde e o poder público para um olhar mais sensível a essa população, bem como para a luta pela efetiva implementação da recém-aprovada Política Nacional de Cuidados do Brasil, criando condições que apoiem a prática do cuidado informal no interior das famílias de modo a promover a saúde e o bem estar dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Deng Yi, Wang Haiyin, Gu Kaicheng. Peipei Son Alzheimer's disease with frailty: Prevalence, screening, assessment, intervention strategies and challenges. *BioScience Trends*. [Internet]. 2023; 17(4):283-292. DOI: 10.5582/bst.2023.01211.
2. ALZHEIMER'S ASSOCIATION .Alzheimer e demência. [Internet]. 2025. Acesso em: 26/05/2025. Disponível em: <https://www.alz.org/es-mx/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>
3. Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. 2022. World Alzheimer Report [Internet]. 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. London, England: Alzheimer's Disease International. Acesso em: 19/09/2025. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>
4. Ministério da Saúde. (BR). Governo Federal. Doença de Alzheimer.[Internet] 2025. Acesso em: 19/09/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheimer>
5. Lawson M, et al. Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. Oxfam Internacional- Brasil. Publicado por Oxfam GB para a Oxfam Internacional, 2020. ISBN 978-1-78748-541-9. DOI: 10.21201/2020.5419

6. Torres-Sanmiguel et. al. Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y metasíntesis. Univ. salud ; 26(1): 29-40, [Internet]. enero-abril 2024. tab, ilus. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.242601.318>
7. Frederiksen KS, Lanctôt KL, Weidner W, Hahn-Pedersen JH, Mattke S. A Literature Review on the Burden of Alzheimer's Disease on Care Partners. J Alzheimers Dis. [Internet]. 2023; 96:947-966. Doi: <https://doi.org/10.3233/JAD-230487>
8. Kim, B., Noh, G.O. & Kim, K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. BMC Geriatr **21**, 160 [Internet]. (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w>
9. Lavinsky, A E; Rocha, R M; Landim, M L B. O processo de cuidar do idoso fragilizado: experiências, expectativas e desafios de familiares que cuidam. IN: América Latina contemporânea: saúde, cultura e sociedade, novas abordagens. Org.: Maria Luzia Braga Landim. 1ª ed. Rio de Janeiro: Autorale. Grupo de Pesquisa CNPq/UESB- História, Sociedade e Etnociência. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB- Jequié, 2021, 226p.
10. Silveira L.B, Kroeff C.R., Teixeira M.A.P., Bandeira D.R. Uso do Selfing Questionnaire (SRQ-20) para identificação do grupo clínico e predição de risco de suicídio. Revista Psicologia e Saúde, v.13, n.4, [Internet]. out/dez 2021, p. 49-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/V4tN3tpjNWxfqfnFWDmtQTf/?format=html&lang=en>
11. Mattos, E.B.T; Kovács, M. J. Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia USP, [Internet]. 2020, volume 31, e180023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180023>
12. Li, Q et.al. Prevalence and Risk Factors of Anxiety, Depression, and Sleep Problems Among Caregivers of People Living With Neurocognitive Disorders During the COVID-19 Pandemic. [Internet]. Front. Psychiatry, 07 January 2021. Sec. Aging Psychiatry. Volume 11 – 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.590343>
13. ONU. Organização das Nações Unidas. OMS alerta que mais de 1 bilhão de pessoas vivem com transtornos mentais. 2025. Acesso em: 02/10/2025. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2025/09/1850854>
14. Angrisani M, Reed NS, Banerjee J, Lee J. Dementia caregiving in India: New evidence from a National representative sample. Alzheimers Dement. 2025 May;21(5):e70266. doi: 10.1002/alz.70266. PMID: 40371675; PMCID: PMC12079535.
15. Ibrahim AM, Ibrahim MM, Zaghamir DEF. Sobrecarga do cuidado e qualidade de vida entre cuidadores informais de pacientes com Alzheimer no Egito. Cuidados Paliativos e de Suporte . 2024; 22(1):182-189. doi:10.1017/S1478951523000573

16. Loi, Samantha M et.al. Effects of physical activity on depressive symptoms in older caregivers: The IMPACCT randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. [Internet]. 2024; e6058. [wileyonlinelibrary.com/journal. p.1-10. https://doi.org/10.1002/gps.6058](https://doi.org/10.1002/gps.6058)
17. Marín-Maicas, P.; Corchón, S.; Ambrosio, L.; Portillo, MC Vivendo com Condições de Longa Duração na Perspectiva de Cuidadores Familiares. Uma Revisão de Escopo e Síntese Narrativa. *Int. J. Environ. Res. Saúde Pública* ; [Internet]. 2021; 18 , 7294. [DOI: <https://doi-org.ez85.periodicos.capes.gov.br/10.3390/ijerph18147294>] [PubMed: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.ez85.periodicos.capes.gov.br/pubmed/34299745>]
18. Estevam, E A, Francisco P M S B, Silva R A da . Privatization of old age: suffering, disease and violence in the relationship between older adults and caregivers. [Internet]. *Saude soc.* 30 (3) 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200928>
19. Galdino, C.S. Repercussões do apoio matricial em cuidados paliativos à idosos frágeis no domicílio na perspectiva de cuidadores familiares / Repercussions of matrix support in palliative care for frail elderly people at home from the perspective of family caregivers. [Tese internet]. Belo Horizonte; s.n; 2025. 82 p. illus. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1591180>
20. Yu Yufeng, Wang Yuhui, Li Ling, Yi Wenlin, Li Jing, Hu Jianbin. O processo de crescimento pós-traumático dos principais cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. *Glob Health Med.* 2025, 7(1):72–73. doi: 10.35772/ghm.2024.01098
21. Shoukr, EMM, Mohamed, AAER, El-Ashry, AM et al. Efeito de um programa de primeiros socorros psicológicos no nível de estresse e no bem-estar psicológico entre cuidadores de idosos com Alzheimer. *BMC Nurs* **21** , 275 [Internet]. 2022. <https://doi-org.ez85.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12912-022-01049-z>
22. Zhang, Y, Bennett M R. Insights Into Informal Caregivers’ Well-being: A Longitudinal Analysis of Care Intensity, Care Location, and Care Relationship. [Internet]. *The Journals of Gerontology: Série B* , Volume 79, Edição 2, fevereiro de 2024, gbad166, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad166>
23. Vara-García C, Romero-Moreno R, Márquez-González M, Barrera-Caballero S, Pedroso-Chaparro M, Losada-Baltar A. Associações de conhecimento sobre doença de Alzheimer, cognição disfuncional e enfrentamento da pressão arterial do cuidador. *Clínica e Saúde*. [Internet]. 2021;32(2):79–87. <https://doi-org.ez85.periodicos.capes.gov.br/10.5093/clysa2020a33>

24. Pampolim, G; Leite, F. M. C. Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018. [Internet]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. e190272, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.190272. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190272>

25. Prieto-Prieto, J.; Madruga, M.; Adsuar, J.C.; González-Guerrero, J.L.; Gusi, N. Effects of a Home-Based Exercise Program on Health-Related Quality of Life and Physical Fitness in Dementia Caregivers: A Randomized Controlled Trial. [Internet]. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 9319. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159319>

26. Vu M, Mangal R, Stead T, Lopez-Ortiz C, Ganti L. Impact of Alzheimer's Disease on Caregivers in the United States. *Health Psychol Res.* 2022 Aug 20;10(3):37454. doi: 10.52965/001c.37454. PMID: 35999976; PMCID: PMC9392839.

27. Cody P, Montgomery AJ, Gray FC, Saunders-Goldson S, Baker SR. Caregiver Burdens of Family Members with Alzheimer's Disease. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2021;32(1):41–8.

28. Estevam, E A, Francisco P M S B, Silva R A da . Privatization of old age: suffering, disease and violence in the relationship between older adults and caregivers. . *Saude soc.* 30 (3). [Internet]. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200928>

29. Keating, N., McGregor, JA, & Yeandle, S. Cuidado sustentável: teorizando o bem-estar de cuidadores de idosos.[Internet]. 2021. *International Journal of Care and Caring* , 5 (4), 611-630. Acesso em: 20.10.2025. <https://doi.org/10.1332/239788221X16208334299524>

30. Popa LC, Manea MC, Velcea D, Șalapa i, Manea M, Ciobanu AM. . Impacto da demência de Alzheimer em cuidadores e melhoria da qualidade por meio da arte e da musicoterapia. *Saúde* [Internet]. 2021 , 9 (6), 698; <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>

31. Sánchez-Martínez, Vanessa; Cauli, Omar; Corchón, Silvia. Long-Term Caregiving Impact and Self-Care Strategies in Family Caregivers of People with Neuropsychiatric Disorders: A Mixed-Method Study. *Diseases; basel*, Vol. 12, Ed. 11, [Internet]. 2024: 292. DOI:10.3390/diseases12110292. Acesso em: 02/10/2025. Disponível em: <https://www-proquest-com.ez85.periodicos.capes.gov.br/docview/3132881320?pq-origsite=wos&accountid=9876&sourcetype=Scholarly%20Journals>

32. Garvey, L; Benson, AC; Bengner, D; Short, T; Banyard, H; Edward, KL. The perceptions of mental health clinicians integrating exercise as an adjunct to routine treatment of depression and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing.* [Internet]. (2023) 32, 502–512. DOI10.1111/inm.13089 Disponível em: <https://www-webofscience-com.ez85.periodicos.capes.gov.br/wos/woscc/full-record/WOS:000881862100001>

33. Bhattacharya P, Chatterjee S, Roy D. Impacto do exercício nos neuroquímicos cerebrais: uma revisão abrangente. *Ciências do Esporte para a Saúde*. 2023;19(2):405–52.
34. Shen C, Li Y The association of mental health with physical activity and its dimensions in Chinese adults: A cross-sectional study. [Internet]. 2024 PLoS ONE 19(10): e0311535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311535>
35. Zwingmann, C. Religiosity, Spirituality and Mental Health: Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. [Internet]. 2025. *Journal of Religion and Health* <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02406-3>.
36. Sun F, Hodge, D R. Latino Alzheimer's Disease Caregivers and Depression Using the Stress Coping Model to Examine the Effects of Spirituality and Religion. *Journal of Applied Gerontology*, [Internet]. 2014. V. 33 , 3 ed, p. 291-315. DOI 10.1177/0733464812444462. Acesso em: 07/10/2025. Disponível em: <https://www-webofscience-com.ez85.periodicos.capes.gov.br/wos/woscc/full-record/WOS:000333253000003>
37. Starr, L T, Washington, K, McPhillips, M V, Pitzer K, Demiris, G, Oliver, DP. Insomnia Symptoms Among Hospice Family Caregivers: Prevalence and Association with Caregiver Mental and Physical Health, Quality of Life, and Caregiver Burden. [Internet]. 2022. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. Volume 40 , Edição 5. DOI: <https://doi-org.ez85.periodicos.capes.gov.br/10.1177/104990912211105>

5.2 Manuscrito 2

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER.

Common mental disorders and associated factors in family caregivers of people with Alzheimer's disease.

Título Abreviado: TMC em fam. cuidadores de Alzheimer

ANDRÉA EVANGELISTA LAVINSKY

RENATA SOARES PASSINHO

NATASHA SANTOS FONSECA

BEATRIZ DOS SANTOS CRUZ

GISLEIDE LIMA SILVA

RESUMO

O envelhecimento atrai a atenção das sociedades, especialmente pelo aumento das doenças que acompanham o processo. A Doença de Alzheimer (DA), caracterizada pela perda da independência, demanda um cuidador que execute tarefas desgastantes e o expõe aos Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estudo transversal, quantitativo realizado entre 2023-2025 com 97 familiares cuidadores. Objetivou-se verificar associação entre TMC e estresse percebido, sobrecarga, qualidade de vida, funcionalidade familiar e independência do idoso em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer. Os dados foram coletados através de instrumentos quantitativos e analisados no software JAMOVI; foi empregado o teste do qui-quadrado e, identificada significância estatística (valor- $p < 0,05$), realizou-se os resíduos ajustados padronizados para identificar a categoria associada (acima de $\pm 1,96$). O estresse percebido, funcionalidade familiar, percepção de qualidade de vida e capacidade funcional da pessoa com Alzheimer estão significativamente associados ao sofrimento mental dessa população constituída, em sua maioria, por mulheres e filhas entre 25-59 anos; destaca-se o número expressivos de pessoas idosas cuidando de familiares com DA. A sobrecarga não apresentou associação significativa com TMC. Espera-se contribuir com a proposição de estratégias para orientação, qualificação, amparo social e financeiro do familiar cuidador a fim de minimizar os efeitos deletérios de cuidar nessas circunstâncias.

PALAVRAS CHAVE: transtornos mentais, cuidador familiar, pessoa idosa, Doença de Alzheimer, fatores associados.

ABSTRACT

Aging attracts the attention of societies, especially due to the increase in diseases that accompany the process. Alzheimer's Disease (AD), characterized by loss of independence, demands a caregiver who performs demanding tasks and exposes them to Common Mental Disorders (CMD). A cross-sectional, quantitative study was conducted between 2023-2025 with 97 family caregivers. The objective was to verify the association between CMD and perceived stress, burden, quality of life, family functionality, and independence of the elderly in family caregivers of elderly people with Alzheimer's. Data were collected using quantitative instruments and analyzed using JAMOVI software; the chi-square test was employed, and, identifying statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$), standardized adjusted residuals were performed to identify the associated category (above ± 1.96). Perceived stress, family functionality, perception of quality of life, and functional capacity of the person with Alzheimer's are significantly associated with the mental suffering of this population, mostly composed of women and daughters between 25-59 years old; The significant number of elderly people caring for family members with Alzheimer's disease stands out. Caregiving burden did not show a significant association with mental health problems. This study aims to contribute to the development of strategies for guidance, training, and social and financial support for family caregivers in order to minimize the detrimental effects of caregiving in these circumstances.

Keywords: mental disorders, caregiver, aged, Alzheimer's disease, associated factors.

INTRODUÇÃO

A intensificação do envelhecimento populacional é fato perceptível que tem atraído a atenção da sociedade civil, do seguimento político e do setor da saúde em todo o mundo, especialmente devido ao aumento proporcional das doenças crônico-degenerativas que acompanham o processo, a exemplo da Doença de Alzheimer (DA). No Brasil, em 2022,

observou-se um aumento de 46,6% no número de pessoas idosas em relação ao último Censo Demográfico realizado em 2010 (Brasil, 2023). Neste cenário, estima-se o crescimento cinco vezes maior do número de demências em países de baixa e média renda (Associação Brasileira de Alzheimer [ABRAZ], 2025). No mundo, são 50 milhões de indivíduos convivendo com alguma demência, das quais 60% são classificadas como DA (Avelar et. al., 2024).

A DA tem a maior prevalência dentre todas as outras demências, e caracteriza-se pela perda lenta e progressiva da memória, da cognição, da autonomia e da independência (Alzheimer's Association, 2025), requerendo o auxílio de um cuidador para a realização das atividades do dia a dia, antes consideradas como simples e corriqueiras, como usar o banheiro e vestir uma roupa sozinho (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2025). Nesse contexto, cuidar de pessoas idosas com DA é uma tarefa desafiadora que demanda o manejo de sintomas físicos e comportamentais característicos da doença e requer a tomada de decisões complexas, muitas vezes sem a participação e apoio de outros familiares, e sem qualquer tipo de treinamento para tal (Torres-SanMiguel et. al, 2024; Ramos et.al, 2022; Monteiro, Sá & Bezerra, 2021).

Geralmente o cuidador é uma mulher da família que assume o cuidado de forma inesperada; escolhida pelos demais familiares por ser a pessoa considerada disponível, passa a dedicar inúmeras horas de sua vida para o cuidado (Lavinsky, Passinho & Rocha, 2025), sem remuneração e, geralmente, sem a ajuda de outros cuidadores (Barreto et. al, 2023; Lavinsky, Rocha & Landin, 2021; Lawson et. al, 2020). A esse ponto, cuidar do familiar idoso torna-se prioridade em detrimento das necessidades pessoais, o que faz com que essa tarefa seja difícil e permeada por estresse e sobrecarga, com comprometimento da qualidade de vida e da funcionalidade familiar, situações que afetam diretamente a saúde mental desses indivíduos (ABRAZ, 2025; Monteiro, Sá & Bezerra, 2021), favorecendo o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Os TMC referem-se a um grupo de sintomas relacionados à ansiedade e depressão que, diferentemente dessas, não resultam em diagnóstico psiquiátrico formal. Considerados transtornos não psicóticos, a exemplo de fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas, sintomas cada vez mais comuns entre as pessoas, especialmente naquelas de baixa renda, os quais constituem um importante indicativo de

sofrimento mental (Torres-Neto, Lovisi, Unger & Lima, 2023; Ribeiro, Correia, Oliveira & Cade, 2020).

Conhecer a saúde mental e os fatores a ela relacionados permite compreender o impacto e a magnitude do processo de cuidar, em casa, de um familiar idoso com DA. Assim, objetivou-se verificar a associação entre Transtornos Mentais Comuns e estresse percebido, sobrecarga, qualidade de vida, funcionalidade familiar e independência do idoso em familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer.

METODOLOGIA

Estudo de recorte transversal, epidemiológico, de abordagem quantitativa, desenvolvido no período de 2023 a 2025, no Centro de Referência em Saúde do Idoso (CRESI) de um município localizado no sul do estado da Bahia-Brasil. O CRESI, mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, atende pessoas idosas com doenças degenerativas como osteoporose, Parkinson e Alzheimer, e conta com uma equipe multidisciplinar de saúde para atendimento regular e acompanhamento das necessidades de saúde desses indivíduos (Centro, 2022).

Dos 250 prontuários de pessoas com DA cadastradas na unidade, o total de 97 familiares cuidadores principais de pessoas idosas com Alzheimer constituiu a amostra deste estudo. Foram excluídos do estudo os indivíduos e endereços não localizados ou não existentes, aqueles sem perfil para participar da pesquisa e os óbitos que não foram informados ao serviço e ainda constavam da lista de pacientes. O contato com os participantes da pesquisa deu-se através de ligações telefônicas e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município para a localização dos endereços dos familiares cuidadores/pessoas idosas com DA.

Os dados foram coletados entre novembro/23 e maio/25 através dos seguintes instrumentos de avaliação quantitativos: 1. Formulário de identificação; 2. Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); 3. Zarit Caregiver Burden Interview- (ZBI); 4. Escala de Estresse Percebido (PSS-14); 5. Escala de Katz; 6. APGAR familiar. 7. WHOQOL-BREF; e 8. WOQOL-OLD. A equipe de pesquisa foi treinada para a aplicação dos formulários de pesquisa que, aplicados em forma de entrevista, foram preenchidos pelas pesquisadoras.

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software JAMOVI versão 2.7.6 e linguagem de programação RStudio versão 2025.05.1. Inicialmente, foi realizada estatística descritiva das variáveis qualitativas, com cálculo da frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR). Na análise bivariada foi empregado o teste do qui-quadrado de Pearson e, quando identificada significância estatística (valor- $p < 0,05$), foram realizados os resíduos ajustados padronizados para identificar a categoria associada (acima de $\pm 1,96$).

As variáveis que apresentaram associação (valor- $p < 0,05$) com o desfecho (TMC) e valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística binomial múltipla, que teve o objetivo de identificar fatores associados à presença de TMC entre cuidadores (Hosmer; Lemeshow; Sturdivant, 2013). As seguintes variáveis independentes foram incluídas: estresse percebido, sobrecarga emocional, qualidade de vida, funcionalidade familiar, dependência funcional do idoso.

Antes da modelagem, foi realizada a verificação dos pressupostos estatísticos, incluindo análise de colinearidade entre os preditores, para garantir a validade dos coeficientes estimados.

O ajuste do modelo foi avaliado por meio de estatísticas como AIC (Critério de Informação de Akaike), BIC (Critério Bayesiano de Informação), e pseudo- R^2 (McFadden, Cox & Snell, Nagelkerke). A qualidade preditiva foi examinada por meio da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), acurácia, sensibilidade, especificidade e área sob a curva (AUC). A significância dos preditores foi verificada por meio do teste de razão de verossimilhança (omnibus) e análise dos coeficientes, com interpretação dos odds ratios (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade XXX e a preparação deste manuscrito atende às exigências para a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Nesse estudo, a maioria dos familiares cuidadores de pessoas idosas com a Doença de Alzheimer convive com algum tipo de TMC (57,7%), enquanto que 42,3% deste grupo não tem sofrimento psicológico. O total de 97 participantes tem sua maioria constituída por mulheres (84,5%; $n = 82$) com idade entre 25-59 anos (52,6%; $n = 51$), seguidas daquelas com idade igual ou superior a 60 anos (42,3%; $n = 41$); casadas (55,7%; $n = 54$), filhas (71,1%; $n =$

69) com mais de 12 anos de estudo (80,2%; n= 69) e desempregadas (86,6%; n= 84), sendo que a maioria sobrevive de benefício social (20,6%; n= 20) ou da realização de algum trabalho eventual que não demande tempo de ausência do ambiente de cuidado (7,2%; n= 7). A maior parte dos participantes não tem o hábito de praticar atividades físicas ou de lazer (64,9%; n= 63) e recebe ajuda para cuidar de seu familiar doente (58,8%; n= 57); renda familiar relatada foi de 2 salários mínimos ou mais (58,8%; n= 57).

Na análise das associações entre as variáveis independentes, covariáveis e a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC), apenas três apresentaram significância estatística: funcionalidade familiar, capacidade funcional e estresse percebido, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Fatores associados a TMC em familiares cuidadores e resíduos ajustados padronizados para identificação das variáveis com associação. Itabuna, Bahia, Brasil, 2025.

VARIÁVEL	TMC			p-valor	Resíduos ajustados padronizados	
	Total (n=97)	Não n=41 (%)	Sim (n=56)		Resíduos Não	Resíduos Sim
Sobrecarga				0,733	--	--
Carga pouca ou nenhuma	20 (20,6)		10 (17,9)		--	--
Carga leve a moderada	37 (38,1)	10 (24,4)	21 (37,5)		--	--
Carga moderada a grave	32 (33)	16 (39,0)	21 (37,5)		--	--
Carga severa	8 (8,3)	11 (26,8)	4 (7,1)		--	--
Funcionalidade familiar				0,003		
Boa funcionalidade*	43 (44,3)	26 (63,4)	17 (30,4)		7,82	-7,82
Elevada disfunção*	42 (43,3)	10 (24,4)	32 (57,1)		-7,75	7,75
Moderada disfunção	12 (12,4)	5 (12,2)	7 (12,5)		-0,07	0,07
Capacidade funcional do idoso				0,005		
Dependência grave*	37 (38,1)	12 (29,3)	25 (44,6)		-3,64	3,64
Dependência leve a moderada*	32 (33)	10 (24,4)	22 (39,3)		-3,53	3,53
Independente*	28 (28,9)	19 (46,3)	9 (16,1)		7,16	-7,16
Estresse percebido				0,002		
Baixo*	51 (52,6)	30 (73,2)	21 (37,5)		8,44	-8,44
Moderado*	33 (34,0)	9 (22,0)	24 (42,9)		-4,95	4,95
Alto*	13 (13,4)	2 (4,9)	11 (19,6)		-3,49	3,49
Percepção de QV				0,616		
Regular	38 (39,2)	17 (41,5)	21 (37,5)		--	--
Boa	24 (24,7)	10 (24,4)	14 (25,0)		--	--

Necessita melhorar	22 (22,7)	7 (17,1)	15 (26,8)	--	--
Muito boa	13 (13,4)	7 (17,1)	6 (10,7)	--	--

Notas: Categoria associada segundo resíduos ajustados padronizados (teste post-hoc ao qui-quadrado de Pearson)*.

Na análise dos resíduos padronizados, observou-se que o estresse percebido apresentou associação significativa com TMC ($p=0,002$). Indivíduos com baixo estresse concentraram-se no grupo sem TMC, enquanto aqueles com estresse moderado e alto concentraram-se no grupo com TMC, indicando que níveis mais elevados de estresse estão relacionados à maior ocorrência de transtornos mentais comuns.

Em relação à funcionalidade familiar, a associação foi significativa ($p=0,003$). Os cuidadores de famílias classificadas como de boa funcionalidade concentraram-se no grupo sem TMC, enquanto aqueles inseridos em famílias com elevada disfunção concentraram-se no grupo com TMC. A categoria de moderada disfunção não apresentou contribuição significativa.

Por fim, a capacidade funcional do idoso esteve fortemente associada à ocorrência de TMC ($p=0,005$). Cuidadores de idosos independentes concentraram-se no grupo sem TMC, enquanto aqueles que cuidavam de idosos com dependência leve, moderada ou grave estiveram em maior proporção no grupo com TMC. Esse resultado demonstra que o aumento do grau de dependência funcional do idoso está diretamente associado à maior prevalência de TMC entre os cuidadores.

Modelo final

O modelo final de regressão logística binomial teve como objetivo identificar fatores associados à presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre cuidadores. A qualidade do modelo foi avaliada por meio de diversas estatísticas de ajuste. A desviança observada foi de 75,8, indicando o grau de discrepância entre os valores observados e os previstos pelo modelo. O Critério de Informação de Akaike (AIC) foi de 116,6, enquanto o Critério Bayesiano de Informação (BIC) foi de 142,6 — valores que podem ser utilizados para comparar modelos alternativos, sendo que menores valores indicam melhor ajuste.

Em relação aos coeficientes de determinação pseudo- R^2 , o modelo apresentou R^2 de McFadden igual a 0,22 (efeito explicativo moderado). Os valores de R^2 de Cox & Snell (0,29) e R^2 de Nagelkerke (0,23) reforçam essa interpretação, sugerindo que o modelo explica entre 22% e 29% da variabilidade na ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC). O teste

do modelo global foi estatisticamente significativo, com $\chi^2 = 21,9$, $gl = 9$ e $p < 0,001$, indicando que o conjunto de variáveis incluídas melhora significativamente a capacidade preditiva em relação ao modelo nulo.

Os valores de Fator de Inflação da Variância (VIF) variaram entre 1,01 e 1,23, estando todos abaixo do limite crítico de 5 (cinco), o que indica ausência de multicolinearidade preocupante. Especificamente, os maiores valores de VIF foram observados para as variáveis “capacidade funcional” e “estresse percebido”, ambos com $VIF = 1,23$.

As tolerâncias associadas aos preditores variaram entre 0,811 e 0,990, valores considerados adequados. A menor tolerância foi observada para “estresse percebido” (0,811), enquanto a maior foi para “outras atividades realizadas fora do domicílio” (0,990), predominantemente consideradas neste estudo como atividades físicas/lazer. Esses resultados indicam que os preditores são estatisticamente independentes entre si, permitindo uma interpretação confiável dos coeficientes estimados no modelo.

Tabela 2: Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns.

Variável	Categoria Comparada	Referência	Coef. (β)	OR	IC 95%	Valor-p
Estresse percebido	Alto	Baixo	1,7	5,47	1,38 – 21,68	0,015
Estresse percebido	Moderado	Baixo	0,65	1,91	0,52 – 7,04	0,336
Atividade fora de casa	Nenhuma atividade	Atividades diversas*	1,91	6,76	1,27 – 35,91	0,025
Atividade fora de casa	Atividade outra	Atividades diversas*	0,48	1,61	0,36 – 7,13	0,532
Horas de cuidado	> 8h até 12h	Mais de 12h	0,38	1,46	0,38 – 5,60	0,585
Horas de cuidado	< 8h até 12h	Mais de 12h	-0,31	0,73	0,17 – 3,18	0,68
Qualidade de vida	Boa	Muito boa	-0,97	0,38	0,10 – 1,41	0,148
Qualidade de vida	Regular	Muito boa	0,88	2,41	0,63 – 9,18	0,203
Funcionalidade familiar	Boa	Disfunção grave	0,54	1,72	0,48 – 6,17	0,408
Funcionalidade familiar	Moderada disfunção	Disfunção grave	0,98	2,67	0,71 – 10,02	0,145
Funcionalidade familiar	Severa disfunção	Disfunção grave	0,8	2,22	0,55 – 8,91	0,266
Dependência funcional do idoso	Dependência grave	Independente	0,82	2,27	0,81 – 6,86	0,122
Dependência funcional do idoso	Dependência moderada	Independente	0,7	2,01	0,50 – 8,65	0,326

NOTA: * Atividades diversas são aqui consideradas atividades físicas, lazer, laboral, social ou outras realizadas fora do ambiente de cuidado.

Os coeficientes estimados (β) representam a variação na escala logit da chance de ocorrência de TMC ao se comparar cada categoria com sua respectiva referência. Esses coeficientes foram transformados em *odds ratios* (OR), que indicam a chance relativa de

ocorrência do evento, acompanhados de seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p para avaliação da significância estatística.

O “estresse percebido” também se mostrou associado aos TMC. Cuidadores com alto nível de estresse apresentaram um coeficiente β de 1,70, indicando um acréscimo de 1,70 unidades na escala logit da chance de TMC em relação ao grupo com estresse baixo. O OR correspondente foi de 5,47, com intervalo de confiança entre 1,38 e 21,68 e valor de p igual a 0,015. Já o estresse moderado teve um coeficiente β de 0,65, o que representa uma chance 1,91 vezes maior de TMC em relação ao grupo com estresse baixo, mas sem significância estatística ($p = 0,336$).

Na variável “atividade fora de casa”, cuidadores que não realizavam nenhuma atividade apresentaram um coeficiente β de 1,91. Isso significa que, ao passar da categoria “atividade social” para “nenhuma atividade”, há um aumento de 1,91 unidades na escala logit da chance de TMC. Esse valor corresponde a uma chance 6,76 vezes maior de apresentar TMC, com intervalo de confiança entre 1,27 e 35,91 e valor de p igual a 0,025. Embora a associação seja estatisticamente significativa, o intervalo de confiança é bastante amplo, o que indica baixa precisão na estimativa.

Na análise multivariada dos dados as seguintes variáveis não apresentaram associação significativa com TMC: 1. Horas de cuidado: a) 8- 12h/dia ($\beta = 0,38$; OR= 1,46; IC 95%: 0,38-5,6; $p = 0,59$); b) <8h/dia ($\beta = -0,31$; OR= 0,73; IC 95%: 0,17-3,18; $p = 0,680$). 2. Qualidade de vida: a) saúde boa ($\beta = -0,97$; OR= 0,38; IC 95%: 0,10-1,41; $p = 0,15$); b) saúde regular ($\beta = 0,88$; OR= 2,41; IC 95%: 0,63-9,18; $p = 0,2$). 3. Funcionalidade familiar: a) boa ($\beta = -0,97$; OR= 0,38; IC 95%: 0,10-1,41; $p = 0,15$); b) moderada disfunção ($\beta = 0,98$; OR= 2,67; IC 95%: 0,71-10,0; $p = 0,15$). c) severa disfunção ($\beta = 0,8$; OR= 2,22; IC 95%: 0,55-8,91; $p = 0,27$). 4. Dependência funcional do idoso: a) dependência grave ($\beta = 0,82$; OR= 2,27; IC= 95%: 0,81-6,86; $p = 0,12$). b) dependência moderada ($\beta = 0,7$; OR= 2,01; IC 95%: 0,5-8,65; $p = 0,33$).

DISCUSSÃO

Doenças crônicas como o Alzheimer e problemas de saúde mental têm sido vistos como um desastre econômico ligado à saúde e, como tal, devem ser encarados como uma emergência econômica e de saúde, já que conferem grandes perdas financeiras em diversos países; aqui no Brasil calcula-se um custo de US\$ 3,7 trilhões anuais, dados que demonstram

que a saúde tem um valor que não pode ser subestimado (Organização das Nações unidas [ONU], 2025; Li et. al., 2022; Ashrafizadeh et al., 2021).

Cuidar de uma pessoa idosa com Alzheimer acarreta alterações não só na saúde física, mas na saúde emocional do cuidador familiar, fato observado neste estudo: mais da metade dos participantes apresentaram algum tipo de TMC. O perfil identificado entre os cuidadores familiares de pessoas idosas com DA reflete a vulnerabilidade social e emocional desse grupo (Brasil, 2024): a maioria dos participantes é composta por mulheres, filhas, desempregadas, com idade entre 25 e 59 anos e escolaridade média, caracterização que se assemelha àquelas encontradas em diversas regiões do Brasil, e em outros países (Marques et al., 2024; Loi et al., 2024).

Destaca-se o número expressivo de familiares cuidadores idosos identificados nesta pesquisa. Essa realidade acompanha o fenômeno mundial do envelhecimento e merece atenção, uma vez que esses cuidadores também vivenciam os declínios físicos e cognitivos característicos do envelhecer e, provavelmente a aquisição de doenças crônicas, condições que podem potencializar os impactos negativos do cuidado (Schulz et al., 2020; Dadalto & Cavalcante, 2021). Noutro extremo, familiares cuidadores mais jovens tendem a enfrentar maior impacto do cuidado sobre suas vidas e necessidades pessoais (Brito et al., 2025). A partir da perspectiva observada na população do presente estudo, esses familiares cuidadores são desempregados em fase produtiva que precisaram abrir mão de suas carreiras profissionais e conciliar o cuidado de seu ente doente com o de filhos e outros membros da família.

Embora constituam-se importante força de trabalho não remunerado em apoio aos gastos do Estado com a saúde, sem a ajuda deste, familiares vivenciam dificuldades financeiras nesse contexto de cuidado, condição que aumenta à medida que a DA avança e pode se tornar fator colaborador para o surgimento de estresse e sofrimento psicológico. Essa situação pode influenciar o bem-estar pessoal de quem cuida e da pessoa com demência sob seus cuidados impactando, inclusive, a qualidade e o tipo de cuidado ofertado (Poco et al., 2025).

O cuidado com a exposição crônica ao estresse é destaque em numa revisão que chama a atenção para o caráter progressivo e cumulativo do cuidado à pessoa com Alzheimer, já que as tarefas aumentam proporcionalmente à progressão da doença e tornam o papel do cuidador trabalhoso, demorado, complexo e cada vez mais estressante, com efeitos nocivos

sobre o bem-estar, saúde, qualidade de vida, relacionamentos e segurança econômica (Schulz et al., 2020).

Ao avaliar o estresse percebido entre os cuidadores deste estudo, observou-se sua forte associação com a presença de TMC. Esse achado foi confirmado, também, no modelo final de regressão logística binomial para o nosso desfecho, ao contrário da maioria das variáveis estudadas. Nossos resultados estão alinhados com um estudo indiano nacionalmente representativo sobre envelhecimento e demência que evidencia estresse emocional e psicológico significativamente alto entre familiares cuidadores, e enfatiza a necessidade do apoio social e familiar com intervenções direcionadas às necessidades desse cuidador (Angrisani, Reed, Banerjee, Lee, 2025).

Outros estudos também apontam altos níveis de estresse entre cuidadores devido às demandas excessivas, à falta de suporte e conhecimento da doença e à carga emocional do papel de cuidador. O estresse impacta negativamente a saúde mental dessa população (Marques et al., 2024) e também influencia negativamente sua vida e o contexto familiar (Dadalto & Cavalcante, 2021), fato que pode ser minimizado a partir de intervenções educativas com ênfase no conhecimento sobre a doença, apoio emocional e às necessidades dos familiares cuidadores que, assim, tendem a se sentir mais seguros e confiantes (Tentório et al., 2020).

Interessante observar que as mulheres, maioria dentre aqueles que assumem o cuidado de seus familiares doentes, apresentam maior capacidade de enfrentamento do estresse pautado na busca por suporte social, quando comparadas aos homens, fato que pode ser justificado pela construção social de que são cuidadoras e promotoras de bem estar de suas famílias; nesse sentido, apresentam disposição para a busca de suporte dentro e fora do núcleo familiar (Marques et al., 2024).

A funcionalidade familiar apresentou forte associação com transtornos mentais entre os familiares cuidadores deste estudo. A literatura também aponta o efeito moderador da funcionalidade familiar sobre o sofrimento psicológico e a melhora da qualidade de vida do familiar cuidador (Batista et al., 2023). Um estudo europeu demonstrou que cuidadores com alta funcionalidade familiar apresentam menor sintomatologia depressiva e ansiosa, especialmente entre filhas cuidadoras, resultado que pode estar relacionado às expectativas de parentesco e ao fato de serem majoritariamente de mulheres (Huertas-Domingo et al., 2025). A funcionalidade familiar também apresentou-se como influência positiva sobre a qualidade

de vida dos participantes de um estudo realizado no Brasil (Batista, Marinho, Brito, Guimarães, Silva Neto, Pagotto, et al., 2023). Em contrapartida, uma pesquisa realizada na China não encontrou associação significativa entre essas variáveis, resultado possivelmente explicado por diferenças culturais (Wang et al., 2024).

No que se refere à capacidade funcional do idoso, é fato que esta variável exerce influência direta sobre a saúde física e mental do cuidador familiar da pessoa idosa com DA. No presente estudo, verificou-se associação significativa entre dependência do idoso e maior ocorrência de TMC entre os cuidadores. De fato, a progressão da doença aumenta a dependência de cuidados e, conseqüentemente, eleva os níveis de estresse psicológico, sobrecarga e sintomas depressivos no cuidador (Orlova et al., 2024). Estudo realizado em países europeus verificou que o declínio da capacidade funcional e os sintomas comportamentais apresentaram-se com maior influência nos desfechos negativos para os cuidadores do que o déficit cognitivo característico da DA, além do fato do cuidador (filho ou cônjuge) ser solteiro e residir com o doente (Reed et al., 2020).

Em relação à qualidade de vida, diversos autores relatam sua redução como consequência dos impactos negativos do papel de cuidador familiar de uma pessoa com DA (Barbosa & Mota, 2023). Apesar de o presente estudo não ter identificado associação significativa entre percepção de qualidade de vida e TMC, uma pesquisa qualitativa revela que a redução da qualidade de vida está associada a inúmeros fatores que contribuem para o sofrimento mental desses indivíduos (Batista, et al., 2023; Hazzan et al., 2022). Esse fenômeno também ocorre de forma inversa, visto que a sobrecarga emocional e os sintomas de depressão e ansiedade comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores (Costa et al., 2021).

Embora aproximadamente 79% dos participantes tenham apresentado algum grau de sobrecarga, variando de leve a severa, o presente estudo não demonstrou associação significativa entre sobrecarga e TMC. Refutando nossos resultados, um estudo realizado no Irã aponta a sobrecarga como fator preditivo de sofrimento mental entre cuidadores. O destaque é dado ao tempo dedicado ao cuidado, variável considerada responsável pela elevação da carga física e emocional, com associação direta sobre sintomas depressivos e o estresse (Ameri et al., 2024).

O envolvimento do familiar cuidador em atividades fora do ambiente de cuidado foi a segunda variável que apresentou forte significância estatística no modelo final de regressão

logística deste estudo, com destaque à prática de atividade física, já que atividades sociais, de lazer e laborais foram minimamente referidas. Os participantes apontaram dificuldades com relação ao tempo e à disponibilidade para participação nessas atividades, já que não podem se ausentar por períodos alongados. Esses relatos são consistentes com os achados de uma revisão sistemática recente que aponta os inúmeros benefícios da atividade física para a saúde mental dos cuidadores, além de referências à melhora da qualidade de vida, saúde física e capacidade funcional de familiares cuidadores (Bravo-Vazquez et al., 2025).

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Uma limitação importante do modelo é a amplitude dos intervalos de confiança em diversas variáveis, o que indica baixa precisão nas estimativas. Essa imprecisão pode estar relacionada ao tamanho reduzido da amostra, composta por apenas 97 cuidadores. Amostras pequenas tendem a gerar coeficientes instáveis e dificultam a generalização dos resultados, sendo essa uma limitação estatística relevante. Portanto, estudos com amostras maiores são recomendados para confirmar essas associações.

CONCLUSÕES

De modo geral, os achados deste estudo reafirmam que o cuidado a pessoas idosas com Doença de Alzheimer constitui-se num fenômeno complexo, permeado por múltiplas dimensões (emocionais, sociais, financeiras e relacionais) que impactam diretamente a saúde mental do cuidador familiar. Os Transtornos Mentais Comuns estão presentes na maioria dos participantes desse estudo. Os familiares cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer são, em sua maioria, mulheres, filhas, casadas, com tempo superior a 12 anos de estudo (ensino médio) e idade entre 25-59 anos, embora um número expressivo dos familiares cuidadores encontra-se na faixa etária “maior de 60 anos”

O estresse percebido, a capacidade funcional da pessoa idosa e a funcionalidade familiar foram significativamente associados ao sofrimento mental desses familiares cuidadores, enquanto que somente o estresse e atividades realizadas fora do ambiente de cuidado apresentaram-se significativamente associados aos TMC no modelo final de regressão logística binominal.

Ainda que algumas associações estatísticas não tenham se mostrado significativas, a alta prevalência de TMC e da sobrecarga e a forte associação estatística do sofrimento mental do cuidador familiar com uma série de variáveis (estresse, funcionalidade familiar, capacidade funcional do idoso e participação em atividades fora do ambiente de cuidado) reforçam a necessidade de políticas públicas e estratégias de intervenção voltadas à promoção da saúde mental e ao suporte social desses cuidadores. A sobrecarga, a percepção de qualidade de vida e os fatores sociodemográficos e contextuais não apresentaram associação significativa com transtornos mentais.

Espera-se fomentar possibilidades para o planejamento e implementação de intervenções voltadas à educação em saúde, fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitário, acesso dos familiares cuidadores aos serviços de saúde, bem como à oferta de acompanhamento psicológico e social contínuo, de modo a mitigar os efeitos negativos do cuidado prolongado e favorecer o bem-estar desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer).** (2025). *Envelhecimento e o desafio da demência: um chamado à ação*. <https://abraz.org.br/envelhecimento-e-o-desafio-da-demencia-um-chamado-a-acao/>
- Alzheimer's Association.** (2025). *O que é Alzheimer?* Alz.org/Brasil. <https://www.alz.org/es-mx/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Angrisani, M., Reed, N. S., Banerjee, J., & Lee, J.** (2025). Dementia caregiving in India: New evidence from a National representative sample. *Alzheimer's & Dementia*, 21(5), e70266. <https://doi.org/10.1002/alz.70266>
- Ashrafizadeh, H., Gheibizadeh, M., Rassouli, M., Hajibabae, F., & Rostami, S.** (2021). Explique a experiência de cuidadores familiares em relação ao cuidado de pacientes com Alzheimer: um estudo qualitativo. *Frontiers in Psychology*, 12, 699959. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699959>
- Avelar, V. M. G., Santos, P. H. S., Santos, M. M. O., & Matos, R. M.** (2024). Aspectos da Doença de Alzheimer no Brasil: um estudo epidemiológico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(11), 1559–1572. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p1559-1572>
- Barreto, M. S., Silva, L. V. G., Souza, M. C., & Diniz, L. B. M.** (2023). Experiences of family caregivers of dependent older people in the care process. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 13, 1–18. <https://doi.org/10.5902/2179769274117>

- Batista, I. B., Marinho, J. S., Brito, T. R., Guimarães, M. S., Silva Neto, L. S., Pagotto, V., et al.** (2023). Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE0036. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00361>
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde.** (2012). *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** (2023). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral.** (2024). *Relatório nacional sobre a demência: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras* (p. 132). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf
- Bravo-Vazquez, A., Anarte-Lazo, E., Gonzalez-Gerez, J. J., Rodriguez-Blanco, C., & Bernal-Utrera, C.** (2025). Effects of Physical Exercise on the Physical and Mental Health of Family Caregivers: A Systematic Review. *Healthcare*, 13(10), 1196. <https://doi.org/10.3390/healthcare13101196>
- Brito, L., Cepa, B., Brito, C., Leite, A., & Pereira, M.** (2025). Perfis de avaliação de risco para sobrecarga do cuidador em cuidadores familiares de pessoas vivendo com doença de Alzheimer: um estudo exploratório com aprendizado de máquina. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(3), 405–420. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15030041>
- Centro de Referência à Saúde do Idoso de Itabuna atende mais de 3.500 pacientes.** (2022, 3 de abril). Prefeitura Municipal de Itabuna. <https://itabuna.ba.gov.br/2022/04/03/centro-de-referencia-a-saude-do-idoso-de-itabuna-atende-mais-de-3-500-pacientes/>
- Costa, E. M. D. de M. C., de Lucena, M. M., Estrela, Y. da C. A., Neto, H. T. de O., Neto, T. M., Brito, É. P. R., Rezende, A. C. C., de Souza, J. H., Estrela, Y. M. da C. A., & Brustein, V. P.** (2021). Impactos na qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de Alzheimer. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, 4(2), 7726–7741. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-309>
- Dadalto, E. V., & Cavalcante, F. G.** (2021). O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 221–230. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>
- Hazzan, A. A., Dauenhauer, J., Follansbee, P., Hazzan, J. O., Allen, K., & Omobepade, I.** (2022). Family caregiver quality of life and the care provided to older people living with dementia: qualitative analyses of caregiver interviews. *BMC Geriatrics*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02787-0>

- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X.** (2013). *Applied logistic regression* (3a ed.). Wiley.
- Huertas-Domingo, C., Losada-Baltar, A., Pillemer, K., Czaja, S., Jiménez-Gonzalo, L., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M.** (2025). Efeito moderador da função familiar entre pensamentos disfuncionais e sofrimento emocional em cuidadores de demência: diferenças de parentesco. *Family Process*, 64(1), e70028. <https://doi.org/10.1111/famp.70028>
- Lavinsky, A. E., Passinho, R. S., & Rocha, R. M.** (2025). Prevalência de transtornos mentais comuns e associação com dados sociodemográficos entre cuidadores de pessoas com Alzheimer. *Revista Saúde.Com*, 21(2), 16–31. <https://doi.org/10.22481/rsc.v16i4.18274>
- Lavinsky, A. E., Rocha, R. M., & Landim, M. L. B.** (2021). O processo de cuidar do idoso fragilizado: experiências, expectativas e desafios de familiares que cuidam. In M. L. B. Landim (Org.), *América Latina contemporânea: saúde, cultura e sociedade, novas abordagens* (pp. 1–226). Autorale.
- Lawson, M., Sunkel, C., & Valadez, J. L.** (2020). *Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*. Oxfam Internacional - Brasil. <https://doi.org/10.21201/2020.5419>
- Li, R., Lv, P., Deng, B., Zuo, Z., Zhang, J., Hu, D., Li, W., Liu, Y., Zhao, Y., & Li, Y.** (2022). Disease burden and attributable risk factors of Alzheimer's disease and dementia in China from 1990 to 2019. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 9(2), 306–314. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.69>
- Loi, S. M., Chen, P. C. Y., Low, L. F., Macpherson, H., Fary, R., Batchelor, F., Szoek, C., & Liew, D.** (2024). Effects of physical activity on depressive symptoms in older caregivers: The IMPACCT randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(3), 1–10. <https://doi.org/10.1002/gps.6058>
- Marques, I. V. P., Lin, C. C., Silva, E. Q. da, Nascimento Júnior, J. R. A. do, & Oliveira, D. V. de.** (2024). Estresse e estratégias de enfrentamento de cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 27, e230273. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230273.pt>
- Monteiro, J. K. M. F., Sá, S. P. C., & Bezerra, D. R. C.** (2021). Sobrecarga e qualidade de vida do cuidador familiar do idoso da quarta idade. *Research, Society and Development*, 10(10), e101018931. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18931>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2025). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Orlova, O. V., Boiko, D. I., Bodnar, L. A., & Zhyvotovska, L. V.** (2024). Cognitive dysfunction and disturbed daily activities of people with dementia impact the psychological stress in family caregivers depending on their anxiety and depression severity. *Health Psychology Open*, 11(1). <https://doi.org/10.1177/20551029241305549>
- Poco, L. C., Andres, E. B., Balasubramanian, I., & Malhotra, C.** (2025). Financial difficulties and well-being among caregivers of persons with severe dementia. *Aging & Mental Health*, 29(7), 1338–1347. <https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2481978>

- Ramos, G., da Silva, E. C. S., & de Souza, E. R.** (2022). Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da Atenção Domiciliar: estudo transversal analítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE039009234. https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE039009234/1982-0194-ape-35-eAPE039009234.pdf
- Ribeiro, I. B. S., Corrêa, M. M., Oliveira, G., & Cadete, N. V.** (2020). Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do ERICA. *Revista de Saúde Pública*, 54(4), 1–10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001197>
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K.** (2020). Family Caregiving for Older Adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635–659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Tentório, T., Dentali, S., Moiola, C., Zuffi, M., Marzullo, R., Castiglioni, S., & Franceschi, M.** (2020). Anxiety and Depression Are Not Related to Increasing Levels of Burden and Stress in Caregivers of Patients With Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 35. <https://doi.org/10.1177/1533317519899544>
- Torres Neto, F., Lovisi, G. M., Unger, R. J. G., & Lima, L. A.** (2023). Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Cadernos Saúde Coletiva*, 31(3), e31030119. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030119>
- Torres-Sanmiguel, S., López-Díaz, A., Rincón-Quijano, J. P., & Osorio, G. L.** (2024). Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y metá-síntesis. *Universidad y Salud*, 26(1), 29–40. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.318>
- Wang, Y., Cai, C., Zhu, Y., Shi, W., Cheng, B., Li, C., & Shi, C.** (2024). Sobrecarga familiar e sofrimento psicológico entre cuidadores chineses de idosos com demência: um modelo de mediação moderada. *BMC Nursing*, 23, 356. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02382-1>
- World Health Organization (WHO).** (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

5.3 Manuscrito 3

PREDITORES DIRETOS E INDIRETOS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM FAMILIARES CUIDADORES/AS DE PESSOAS COM ALZHEIMER

Direct and Indirect Predictors of Mental Disorders in Family Caregivers of People with
Alzheimer's Disease

ANDRÉA EVANGELISTA LAVINSKY

RENATA SOARES PASSINHO

NATASHA SANTOS FONSECA

LAÍS SOUZA DOS SANTOS FARIAS

EMILE MARINHO DOS ANJOS

ROSEANNE MONTARGIL ROCHA

RESUMO

Com o crescimento do número de pessoas idosas amentam as doenças crônico-degenerativas, como o Alzheimer: incapacitante e progressiva, demanda cuidados provocadores de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estudo transversal, quantitativo, realizado entre 2023-2025 num município brasileiro. Objetivou-se averiguar os preditores diretos e indiretos (sobrecarga, estresse percebido, funcionalidade familiar, qualidade de vida e outras interações) de TMC entre familiares cuidadores/as de pessoas com Alzheimer. Foram 97 participantes e os dados coletados com instrumentos quantitativos e analisados através do software R. O estresse foi o único preditor direto de sofrimento psíquico; a funcionalidade familiar e atividades físicas/lazer foram preditoras indiretas; qualidade de vida desponta como resultado da realização de atividade física/lazer com redução do estresse, um preditor indireto da redução de TMC. Espera-se contribuir com ações de apoio ao familiar cuidador que desenvolve o trabalho exaustivo e invisível de cuidar no domicílio, com comprometimento de suas condições de vida e saúde.

PALAVRAS CHAVE: Transtornos Mentais. Cuidador familiar. Doença de Alzheimer. Fatores associados. Pessoa idosa.

ABSTRACT

With the growing number of elderly people, chronic-degenerative diseases, such as Alzheimer's, are increasing: disabling and progressive, it demands care that can lead to Common Mental Disorders (CMD). A cross-sectional, quantitative study was conducted between 2023-2025 in a Brazilian municipality. The objective was to investigate the direct and indirect predictors (burden, perceived stress, family functionality, quality of life, and other interactions) of CMD among family caregivers of people with Alzheimer's. There were 97 participants, and the data were collected using quantitative instruments and analyzed using the R software. Stress was the only direct predictor of psychological distress; family functionality and physical/leisure activities were indirect predictors; quality of life stands out as a result of engaging in physical/leisure activity with stress reduction, an indirect predictor of CMD reduction. It is expected to contribute to support actions for family caregivers who perform the exhausting and invisible work of caregiving at home, compromising their living conditions and health.

KEYWORDS: Mental Disorders. Caregiver. Alzheimer's Disease. Associated factors. Aged.

INTRODUÇÃO

A população de pessoas idosas cresce expressivamente em todo o mundo, fato evidente também aqui no Brasil. Em 2022, o Censo brasileiro revelou que pessoas idosas representavam 15,8% da população total, um crescimento de 46,6% em relação ao último Censo realizado em 2010, quando o número de pessoas idosas representava 10,8% da população total do país (Brasil, 2023). Igualmente crescente é o número de pessoas com Doença de Alzheimer (DA) com aumento, inclusive, do número de mortes relacionadas às demências. Aqui no Brasil, são mais de 440 mil mortes ocorridas entre 2010 e 2021 (Brasil, 2024). Até 2050, estima-se que a DA atinja 131,5 milhões de pessoas no mundo (Alzheimer's Disease International., 2022).

Considerando a velhice como uma fase da vida geralmente acompanhada por doenças crônico-degenerativas, é possível prever o impacto do envelhecimento senil sobre o movimento de adaptação das sociedades, especialmente quando estas doenças são caracterizadas pela dependência de cuidados para a realização das atividades básicas da vida diária, a exemplo de tomar banho e alimentar-se sozinho/a, situações cuja realização deixa de ser comum na vida de uma pessoa com Alzheimer (Souza, 2025; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2025).

O Alzheimer é uma doença incapacitante e progressiva que, conhecida como doença da velhice, constitui-se na forma mais prevalente de demência dentre todos os tipos que acometem indivíduos idosos ao redor do mundo. De causa desconhecida e ainda sem cura, compromete a memória e a capacidade cognitiva dos indivíduos (Ajenikoko et. al, 2022; Alzheimer's Disease International., 2025). Esse adoecimento, acompanhado da perda progressiva da independência, suscita a necessidade de um/a cuidador/a para a pessoa idosa com Alzheimer, geralmente, uma mulher da família que se responsabiliza pelo cuidado e dedica horas expressivas de seu tempo para exercer o trabalho de cuidado invisível e não remunerado (Galdino, 2025; Lawson et. al, 2020).

A responsabilidade do cuidado não remunerado, sem auxílio de outros membros da família e sem treinamento e sobreposição de tarefas, dentre outros (Torres-SanMiguel et. al, 2024), faz desta uma atividade desgastante que compromete a qualidade de vida do/a cuidador/a e o/a predispõe ao desenvolvimento de inúmeras doenças, a exemplo dos

Transtornos Mentais Comuns (TMC), com consequente comprometimento do cuidado oferecido (Lavinsky, Rocha & Landim, 2021).

Os TMC, cada vez mais prevalentes na população em geral (World Health Organization [WHO], 2017), especialmente naquela submetida a ambientes de trabalho insalubres (WHO, 2024), constituem-se num conjunto de sinais e sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, considerados menores que estes, porém capazes de comprometer a vida e a produtividade de quem convive com eles. Considerados transtornos não psicóticos não classificados em manuais de diagnóstico de doenças (Anjos, Assis & Alves, 2024), podem ser identificados a partir de queixas como esquecimento, dor de cabeça, insônia, tristeza, e dificuldade de concentração, sintomas característicos que indicam a presença de alguma forma de sofrimento psíquico (Torres-Neto et al., 2023). Assim, objetivou-se averiguar os preditores diretos e indiretos (sobrecarga, estresse percebido, funcionalidade familiar, qualidade de vida e outras interações- ajuda para cuidar, horas de cuidado, horas de sono, atividades físicas/lazer) de TMC em familiares cuidadores/as de pessoas idosas com Alzheimer.

METODOLOGIA

Estudo transversal, epidemiológico e quantitativo realizado durante os anos 2023 a 2025 em um Centro de Referência em Saúde do Idoso- CRESI, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, localizado em um município do sul da Bahia- Brasil. Trata-se de um centro de promoção à saúde e tratamento de pessoas idosas portadoras de doenças degenerativas que oferece assistência regular através de uma equipe multidisciplinar de saúde (Centro, 2022).

A amostra deste estudo, constituída por 97 familiares que assumiam a função de cuidador/a principal de pessoas com Alzheimer cadastradas no CRESI, foi selecionada a partir da lista inicial dos 250 prontuários cadastrados como ativos. Os participantes foram contatados através de ligações telefônicas e colaboração dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) do município. Foram excluídos da pesquisa 153 após as ligações e busca ativa com os ACS: pessoas e endereços não localizados ou inexistentes, pessoas com DA sem perfil para a pesquisa e óbitos não informados ao serviço.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro/2023 a maio/2025, a partir de instrumentos de avaliação quantitativos: formulário de identificação; Zarit Caregiver Burden Interview- (ZBI); WHOQOL-BREF; HWOQOL-OLD; Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); Escala de Estresse Percebido (PSS-10); APGAR familiar. A aplicação dos formulários deu-se sob a forma de entrevista, sendo as respostas preenchidas pelas pesquisadoras previamente treinadas para a coleta dos dados.

Para a análise estatística foi empregada a técnica de Modelagem por Equações Estruturais (SEM – Structural Equation Modeling), utilizando o software R (versão 4.4.3) e o pacote lavaan (versão 0.6-20). Um modelo teórico foi especificado com base nas relações esperadas entre variáveis como estresse percebido, qualidade de vida, funcionalidade familiar, sobrecarga e Transtorno Mental Comum (TMC). O ajuste do modelo foi avaliado por meio de indicadores consagrados na literatura, incluindo o teste do qui-quadrado (χ^2), Comparative Fit Index (CFI $\geq 0,90$), Tucker-Lewis Index (TLI $\geq 0,90$), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA $\leq 0,08$) e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR $\leq 0,08$). Para interpretação dos resultados, considerou-se significativos os coeficientes com valor de $p \leq 0,05$, sendo utilizadas as estimativas padronizadas (β) para facilitar a leitura clínica e assistencial dos efeitos diretos e indiretos entre as variáveis.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade XXX, e todos os estudos realizados na confecção deste manuscrito atendem aos critérios éticos necessários à pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foi possível identificar 57,7% participantes com sintomas de TMC, o que indica uma alta vulnerabilidade emocional desta população de familiares que assumem o cuidado de pessoas idosas que convivem com a Doença de Alzheimer.

O perfil dos/as respondentes revela um predomínio de cuidadores/as que são filhas ou filhos das pessoas cuidadas (n=69; 71,1%), com uma representação majoritária do gênero feminino (n=82; 84,5%) e idade entre 25 e 59 anos (n=51; 52,6%); participantes com 60 anos ou mais também constituíram parcela significativa dessa população (n=41; 42,3%). A maioria dos/as participantes era casada/o (o) (n=54; 55,7%), com o ensino médio completo (n=39; 40,2%) e desempregada/o (n=84; 86,6%).

A prática de atividade física e/ou de lazer foi relatada por uma minoria (n=35; 36%), sendo que a maioria dos/as cuidadores/as (n=62; 64%) afirmou não realizar tais atividades regularmente. Dos/as 97 cuidadores/as, apenas um cuidador referiu participar de alguma atividade social (n=1; 1,8%), e a maioria dos/as participantes referiu receber ajuda para cuidar de seu ente querido (n=57; 58,8%), dormir menos que seis horas de sono por noite (n=64; 66%) e dedicar mais que 12 horas para o cuidado (n=48; 49,5%).

A prevalência da variável dependente (TMC) e das variáveis independentes (estresse percebido, sobrecarga, funcionalidade familiar e qualidade de vida) desse estudo pode ser verificada na Tabela 1.

Tabela 1: Prevalência de TMC, estresse percebido, sobrecarga, funcionalidade familiar e qualidade de vida (Frequência absoluta e relativa) de familiares cuidadores/as de pessoas idosas com Alzheimer cadastradas no CRESI. Itabuna- Bahia- Brasil, 2025.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
TRANSTORNO MENTAL COMUM		
Não	41	42.3
Sim	56	57.7
ESTRESSE PERCEBIDO		
Estresse baixo	51	52,6
Estresse moderado	33	34.0
Estresse alto	13	13.4
SOBRECARGA		
Carga pouca ou nenhuma	20	20.6
Carga leve a moderada	37	38.1
Carga moderada a grave	32	33.0

Carga severa	8	8.3
--------------	---	-----

FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Boa funcionalidade familiar	43	44.3
Elevada disfunção familiar	42	43.3
Moderada disfunção familiar	12	12.4

QUALIDADE DE VIDA

Muito boa	13	13.4
Boa	24	24.7
Necessita melhorar	22	22.7
Regular	38	39.2

Algumas associações estatisticamente significativas foram verificadas entre as variáveis independentes e a ocorrência de TMC (Tabela 2), como segue:

1. Estresse percebido ($\chi^2 = 16.511$, $p = 0.0055$);
2. Funcionalidade familiar ($\chi^2 = 12.461$, $p = 0.0020$).

No entanto, variáveis como sobrecarga, qualidade de vida, ajuda para cuidar, atividade física/lazer e horas de cuidado não apresentaram, isoladamente, associação estatística significativa com TMC. A variável horas de cuidado apresentou valor limítrofe e deverá ser explorada noutro estudo.

Tabela 2 – Associação entre TMC e variáveis qualitativas (teste do qui-quadrado)

Variável	χ^2	df	p-valor	Significância
Estresse percebido	16.511	5	0.0055	Significante
Sobrecarga	1.274	3	0.7353	Não significativa
Funcionalidade familiar	12.461	2	0.0020	Significante

Qualidade de vida	0.4086	2	0.8152	Não significativa
Ajuda para cuidar	≈ 0	1	10.000	Não significativa
Atividade física/lazer	11.969	1	0.2739	Não significativa
Horas de cuidado	55.785	2	0.0615	Limítrofe

Notas:

Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

A associação com “Horas de cuidado” apresentou valor limítrofe ($p \approx 0,06$), podendo ser explorada em análises complementares.

O Modelo de Equações Estruturais (SEM) apresentou um excelente ajuste ($CFI = 1.000$, $TLI = 1.054$, $RMSEA = 0.000$, $SRMR = 0.081$), o que pode ser verificado na Tabela 3. Observou-se alguns efeitos significativos, diretos e indiretos, entre TMC e estresse percebido, funcionalidade familiar, qualidade de vida e atividade física e de lazer. Outras variáveis investigadas não mostraram preditores diretos ou indiretos relevantes.

Tabela 3 – Índices de ajuste e parâmetros do modelo SEM.

A. Índices de ajuste do modelo

Índice	Valor	Interpretação	Interpretação2
Qui-quadrado (χ^2)	15.141	Ajuste adequado ($p = 0.514$)	$p = 0.514$ (p robusto = 0.206)
Graus de liberdade (df)	16		
P-valor (χ^2)	0.514	Não rejeita o modelo	Adequado
Comparative Fit Index (CFI)	1.000	Excelente ajuste (≥ 0.90)	Limítrofe
Tucker-Lewis Index (TLI)	1.054	Excelente ajuste (≥ 0.90)	Limítrofe
Root Mean Square Error (RMSEA)	0.000	Excelente ajuste (≤ 0.08)	Limítrofe
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	0.081	Limítrofe (≤ 0.08)	

Nota: O modelo apresenta bom ajuste pelo CFI, mas RMSEA e SRMR estão no limite superior aceitável. O p-valor do χ^2 indica ausência de rejeição do modelo

B. Coeficientes padronizados (Std.all) das regressões

Regressão	β padronizado	p-valor	Interpretação
Estresse ~ funcionalidade familiar	0.421	0.035	Significante
Estresse ~ sobrecarga	0.127	0.456	Não significativa
Estresse ~ Qualidade de vida	0.170	0.296	Não significativa
TMC ~ estresse	0.657	<0.001	Significante
TMC ~ Qualidade de vida	-0.086	0.529	Não significativa
TMC ~ funcionalidade familiar	-0.096	0.545	Não significativa
Qualidade de vida ~ atividade física e lazer	-0.535	<0.001	Significante
Qualidade de vida ~ ajuda para cuidar	-0.187	0.173	Não significativa
Qualidade de vida ~ uso da renda pessoal	-0.202	0.230	Não significativa
Qualidade de vida ~ horas de cuidado	0.190	0.289	Não significativa
Qualidade de vida ~ horas de sono	-0.033	0.766	Não significativa
Sobrecarga ~ ajuda para cuidar	0.016	0.932	Não significativa
Sobrecarga ~ horas de cuidado	0.026	0.869	Não significativa
Sobrecarga ~ horas de sono	-0.182	0.202	Não significativa

C. R² das variáveis dependentes

Variável dependente	R²	Interpretação
Estresse percebido	0.234	23.4% da variância explicada

TMC	0.372	37.2% da variância explicada
Qualidade de Vida	0.306	30.6% da variância explicada
Sobrecarga	0.033	3.3% da variância explicada

Interpretação e resposta à pergunta de pesquisa: com base nos resultados obtidos, é possível identificar os preditores diretos e indiretos de variáveis psicossociais sobre o surgimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em familiares cuidadores/as de pessoas idosas com Alzheimer. O estresse percebido demonstrou ser o preditor direto de TMC, com coeficiente padronizado significativo ($\beta = 0,657$; $p < 0,001$), indicando que altos níveis de estresse aumentam substancialmente a probabilidade de sofrimento psicológico e desenvolvimento de sintomas relacionados a TMC. Por outro lado, variáveis como funcionalidade familiar, qualidade de vida, sobrecarga, ajuda para cuidar, atividade física/lazer, horas de sono e horas dedicadas ao cuidado não apresentaram influência direta significativa sobre TMC no modelo de equações estruturais.

No entanto, preditores indiretos relevantes foram observados. A funcionalidade familiar influenciou significativamente o estresse percebido ($\beta = 0,421$; $p = 0,035$), sugerindo que ambientes familiares disfuncionais contribuem para o aumento do estresse o qual, por sua vez, impacta diretamente o risco de TMC.

Além disso, a prática de atividades físicas e de lazer mostrou influência indireta sobre os TMC por meio da qualidade de vida, com associação negativa significativa ($\beta = -0,535$; $p < 0,001$), indicando que maior envolvimento em atividades externas (atividade física/ lazer) está relacionado à melhor percepção de qualidade de vida, o que pode atenuar os efeitos do estresse e, por consequência, o desenvolvimento de transtornos mentais.

As demais variáveis (sobrecarga, ajuda para cuidar, horas de cuidado e horas de sono) não apresentaram influência indireta significativa sobre TMC. A variância explicada pelo modelo foi de 23,4% para estresse percebido, 30,6% para qualidade de vida e 37,2% para TMC, enquanto a sobrecarga apresentou baixa explicação ($R^2 = 3,3\%$), reforçando seu papel secundário na estrutura causal analisada. Esses achados destacam o estresse percebido como preditor/mediador entre os fatores contextuais e o sofrimento psíquico dos/as cuidadores/as, com a funcionalidade familiar e o engajamento em atividades externas (atividades físicas/lazer) como influências indiretas relevantes.

DISCUSSÃO

Os transtornos mentais mais prevalentes no mundo são a ansiedade e a depressão sendo que as mulheres têm mais chances de desenvolvê-las do que os homens (Organização das Nações Unidas [ONU], 2025; Li et. al., 2022), fato também evidenciado neste estudo. Dos/as 97 participantes investigados/as, 57,3% apresentaram Transtornos Mentais Comuns, sendo que 85,7% deste total é constituído por mulheres, filhas ou cônjuges (Brito et al., 2025; Loi, et.al., 2024; Ibrahim, Ibrahim & Zaghamir, 2024; Damian et al., 2023; Hives, et. al, 2021; Ashrafizadeh et al., 2021; Estevam, Francisco & Silva, 2021) que cuidam de familiares que convivem com a Doença de Alzheimer atendidos num Centro de Referência à Saúde do Idoso de um município do nordeste do Brasil, instituição mantida pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Apresentando resultados consistentes com o presente estudo e compatíveis com outras publicações disponíveis (ONU, 2025; Vu et al., 2022), estudo realizado na Uganda verificou alta prevalência de condições altamente incapacitantes como o sofrimento psicológico (64,4%) e a depressão (64,4%) entre cuidadores/as de pessoas com DA e outras demências, fato que destaca o custo psicológico significativo que o cuidado pode ter sobre os indivíduos (Ashrafizadeh et al., 2021). Embora com idade média entre 25-59 anos, observou-se, nesta pesquisa, um alto percentual de familiares idosos/as cuidando de seus idosos/as com DA, fato também identificado em outros estudos (Dadalto, Cavalcante, 2021; Estevam, Francisco & Silva, 2021; Schulz et al., 2020) e que chama a atenção pelos já conhecidos comprometimentos e limitações decorrentes do processo de envelhecimento experimentados por pessoas idosas.

O constructo social fortemente elaborado de que a mulher é a responsável pelo provimento de cuidado à família (Angrisan et al., 2025) também foi verificado num estudo realizado em diferentes regiões da Europa com características distintas acerca da preferência e predominância de cuidados formais e informais; comparadas aos homens, mulheres apresentaram menor satisfação com a vida e maior número de sintomas depressivos quando o cuidado do cônjuge doente foi compartilhado com outros cuidadores. Na contramão desse achado, entre homens cuidadores, o cuidado terceirizado esteve associado a maior satisfação de vida do que em outros arranjos de cuidado (Floridi et al., 2022), dado que pode ser

encontrado noutro estudo (Apesoa-Varano, 2020) e claramente está relacionado ao papel social que as mulheres internalizaram ao longo da vida em diferentes sociedades.

Não obstante, cuidadoras/es de pacientes com DA frequentemente ficam sobrecarregadas/os física, emocional e financeiramente, tem seu tempo permanentemente limitado e sua saúde física e mental prejudicadas; há referências, inclusive, sobre alterações nas relações familiares, perda de emprego com consequente dificuldades financeiras, e até aumento da mortalidade nessa população (Loi, et.al., 2024; Prieto-Prieto et al., 2022; Popa et al., 2021; Keating, McGregor & Yeandle, 2021; Schulz et al., 2020).

O humor depressivo-ansioso foi a característica mais frequentemente observada entre as/os participantes deste e de outros estudos (ONU, 2025). Corroborando com esse achado, um estudo com abordagem de métodos mistos realizado na Espanha também verificou um alto nível de sintomas de ansiedade (43%) e depressão (36%) entre os/as participantes. (Sánchez-Martínez, Cauli & Corchón, 2024). Nessa mesma vertente, porém com ênfase nos sintomas depressivos, um estudo realizado no Reino Unido identificou que a coabitação com a pessoa cuidada e a quantidade de horas de cuidado por semana estão associados a um menor bem-estar psicológico (Zhang, Bennett, 2024), características e achados também encontrados em outros estudos (Angrisani et al., 2025; Loi, et.al., 2024; Keating, McGregor & Yeandle, 2021; Snyder, Vitaliano, 2020) e que se assemelham ao perfil dos/das cuidadores/as de nosso estudo.

O estresse percebido demonstrou-se o preditor direto de TMC nesta pesquisa, dado indicativo de que níveis elevados de estresse contribuem significativamente com o adoecimento mental de familiares cuidadores/as. O estresse tem sido condição comum vivenciada e de alta prevalência entre cuidadores/as de pessoas com Alzheimer e outras condições crônicas caracterizadas pela dependência física e deterioração neurocognitiva (Venkatesan, Ancy, 2023; Manoj et al. 2021; Ashrafizadeh et al., 2021; Schul et al., 2020; Snyder, Vitaliano, 2020).

Estudos que tratam do impacto da DA sobre os/as cuidadores/as familiares revelam que a maioria dos/as participantes apresenta-se estressada, mesmo compartilhando o cuidado. A complexidade dessa atividade revela desafios no âmbito físico, financeiro e emocional, e demanda grande investimento de tempo e esforço com sobrecarga e exposição dos/as cuidadores/as a inúmeros estressores, incluindo aqueles relacionados à convivência familiar (Brito et al.2025; Gaspar et al., 2023; Damian et al., 2023).

Inúmeras são as preocupações que podem provocar o estresse do/da cuidador/a, dentre elas, o estado de saúde do/a cuidador/a e do familiar doente, questões financeiras e a falta de experiência com a doença e com o cuidado (Vu et al., 2022; Ashrafizadeh et al., 2021). Há estudos que apontam características de quadros avançados da DA como desencadeadoras do estresse do/a cuidador/a, a exemplo da alucinação e outros sintomas comportamentais (Zhang, Bennett, 2024; Chang et.al., 2023; Ashrafizadeh et al., 2021).

O sofrimento emocional e afetivo impacta e influencia negativamente a vida do/a cuidador/a e seu contexto familiar (Angrisani et al., 2025; Dadalto, Cavalcante, 2021). Muitas publicações descrevem a família como responsável pelo cuidado, contexto que pode provocar o adoecimento de quem cuida e deteriorar o funcionamento da família (Angrisani et al., 2025; Damian et al., 2023; Keating, McGregor & Yeandle, 2021; de la Cruz-Portilla, 2020). Um estudo colombiano verificou alta sobrecarga e disfunção familiar entre os/as participantes, mas sem associação significativa entre essas variáveis (de la Cruz-Portilla, 2020). Refutando esses dados, o presente estudo identificou influência indireta significativa da boa funcionalidade familiar sobre a menor ocorrência de estresse, aqui apontado como preditor de sofrimento emocional; esse dado também foi encontrado em outros estudos (Yu et al., 2025; Floridi et al., 2022; Keating, McGregor & Yeandle, 2021).

A sobrecarga do/a cuidador/a tem sido associada às características desafiadoras de cuidar de um familiar com DA, inclusive por se constituir num cuidado solitário, desenvolvido em tempo integral e sem apoio social ou auxílio por parte de outros membros da família (Sehar, et. al., 2023; Estevam, Francisco & Silva, 2021).

Contrapondo a frequente ocorrência de sobrecarga entre cuidadores/as (Brito et al., 2025; Kojima et al., 2024; Gaspar et al., 2023; Keating, McGregor & Yeandle, 2021), este estudo não apontou efeito direto ou indireto significativo da sobrecarga sobre os TMC, fato devido, possivelmente, ao número de cuidadores/as que, mesmo acumulando tarefas de cuidado do familiar doente, da casa e da família, contam com ajuda de outros familiares, amigos e cuidadores/as formais. Refutando o presente estudo, pesquisa realizada no Egito apontou altos índices de sobrecarga física no/a cuidador/a, enquanto que a sobrecarga psicológica apresentou-se com resultados ínfimos, e a qualidade de vida geral entre esses/as participantes apresentou-se ruim (Ibrahim, Ibrahim & Zaghamir, 2024), o que também difere de nossos achados.

É possível afirmar, a partir desta pesquisa, que a percepção positiva da qualidade de vida é preditora indireta de boa saúde mental dos/das cuidadores/as, uma vez que contribui significativamente para uma menor percepção de estresse. Um estudo realizado na capital do Tocantins, região norte do Brasil, verificou que a carga emocional e física impacta negativamente a qualidade de vida e a saúde dos/as cuidadores/as; em contrapartida, aponta a funcionalidade familiar como importante e positiva influência sobre a qualidade de vida dos/as participantes (Batista, et al., 2023).

Nesse quesito, a satisfação com o suporte social (família, amigos e intimidade) emergiu como muito relevante para melhor saúde mental, maior qualidade de vida e bem estar dos/as participantes de um estudo realizado em Portugal (Gaspar et al., 2023). Noutro extremo, a percepção negativa da qualidade de vida pode ser aqui apontada como um preditora de estresse e, conseqüentemente de sintomas de transtornos mentais, fato que pode ser amenizado através da prática de atividades físicas, como verificado neste estudo.

Os benefícios da atividade física regular para a saúde geral de cuidadores/as familiares de idosos dependentes é consenso na literatura (Prieto-Prieto et al., 2022; Epps et al., 2021; Caplin et. al., 2021), e uma revisão sistemática recente reuniu as evidências de seus benefícios para a saúde física e mental, qualidade de vida e capacidade funcional de familiares cuidadores/as (Bravo-Vazquez et al., 2025), além de apresentar melhora dos mecanismos de enfrentamento e da capacidade de gerenciar as demandas de cuidado (Loi, et.al., 2024).

Entre familiares cuidadores/as de pessoas com DA ou outras demências, a prática de exercícios físicos reduz o estresse, sobrecarga e sintomas depressivos, e melhora o autodomínio (controle sobre situações da vida) e os sentimentos relacionados ao cuidado e apoio social (Kim, et al., 2023; Hives, et. al, 2021), dados consistentes com nosso estudo que demonstrou influência indireta significativa da atividade física sobre a melhoria da qualidade de vida, redução do estresse e, conseqüentemente, menor ocorrência de transtornos mentais. Um estudo australiano também apresentou resultados positivos, porém com significância estatística entre cuidadores/as de familiares que não apresentam comprometimento cognitivo significativo (Loi, et.al., 2024).

O comprometimento das horas de sono não se apresentou como preditor direto ou indireto significativo sobre o sofrimento psíquico dos/as participantes desse estudo, embora a importância do sono para a saúde e qualidade de vida das pessoas seja consenso na literatura. Contradizendo este resultado, estudo Tailandês revelou o alto nível de estresse de

cuidadores/as de pessoas com demência, principal preditor de TMC em nosso estudo, associado à má qualidade do sono de seus/as participantes (Sanprakhon, Chaimongkol & Hengudomsub, 2022). Noutro estudo, realizado nos Estados Unidos, cuidadores/as familiares relataram episódios de insônia e de saúde física e mental prejudicadas devido ao cuidado, dados que chamam a atenção quando se tem em conta que episódios transitórios de insônia podem se tornar crônicos (Starr et al., 2022).

Resgatando uma revisão sistemática com publicações brasileiras e americanas é possível verificar diferentes avanços e níveis de investigação nesses países: o Brasil tem enfatizado as dificuldades vivenciadas pelos/as cuidadores/as com algumas tentativas de intervenção; noutro patamar, os Estados Unidos já vêm investigando a eficácia de programas e de diferentes tipos de intervenções e monitoramento de apoio para a melhoria da saúde do/a cuidador/a (Dadalto, Cavalcante, 2021), e isso chama-nos a atenção para a condição e o momento em que se encontra a sociedade brasileira.

É fato comprovado que ofertar cuidados informais a um familiar que convive com o Alzheimer ou outra doença crônica de longa duração pode afetar negativamente o bem-estar psicológico dos/as cuidadores/as (Zhang, Bennett, 2024). Infelizmente, cuidadores/as informais ainda permanecem invisíveis nas diferentes sociedades, embora seu trabalho não remunerado constitua o sustento do Estado e dos sistemas de saúde, e o equilíbrio dos sistemas familiares. Suas contribuições e necessidades carecem de compreensão e divulgação, mas tem sido frequentemente ignoradas pelas sociedades, meios de comunicação e gestores públicos (Glasby et al., 2023; Keating, McGregor, Yeandle, 2021), e isso precisa ser mudado.

Por fim, faz-se necessário enfatizar o pequeno percentual de indivíduos que recebem assistência necessária à manutenção de sua saúde mental: apenas 10% em países de baixa e média renda e pouco mais de 50% em países de maior renda (ONU, 2025), dados que nos impelem à afirmação de que, em ambos os contextos, os governos e os serviços de saúde têm sido ineficientes no desempenho de suas funções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de pessoas idosas doentes, a exemplo daquelas com Alzheimer, é um trabalho exaustivo e essencial às sociedades que vivenciam o processo de envelhecimento. Dos/as cuidadores/as participantes, 57,3% apresentaram TMC, fato que indica alta vulnerabilidade emocional dessa população constituída, majoritariamente, por mulheres, filhas e casadas, com

idade entre 25 e 59 anos; ênfase é dada aqui à parcela significativa de pessoas idosas desempenhando o papel de cuidadoras.

Verificou-se a influência direta e indireta das diferentes variáveis sobre o surgimento de transtornos mentais: o estresse percebido foi o preditor direto dos TMC nessa população, e a disfunção familiar apresentou-se como preditor indireto do estresse percebido que, por conseguinte, influencia diretamente o surgimento de sofrimento mental. Destaque é dado ao efeito da atividade física/lazer sobre a melhora da qualidade de vida que atenuou a influência do estresse sobre os transtornos mentais. Variáveis como sobrecarga, qualidade de vida, ajuda para cuidar, atividade física/lazer, horas de sono e horas de cuidado não apresentaram, isoladamente, associação estatisticamente significativa com TMC.

Esse panorama nos remete à reflexão sobre a necessidade de um olhar mais sensível às necessidades dessa população de cuidadores/as que têm enfrentado situações desafiadoras no processo de cuidar. A partir dos dados apresentados neste estudo, espera-se que a sociedade civil e governamental avance o campo das discussões e parta para o desenvolvimento de estratégias e redes de apoio eficientes para o familiar que cuida de pessoas idosas com Alzheimer. Destaca-se, aqui, a premente necessidade de empreender investimentos reais previstos na Política Nacional de Cuidados do Brasil com vistas à proposição de estratégias para orientação, qualificação e amparo social e financeiro do familiar cuidador em reconhecimento, apoio e valorização da responsabilidade de cuidar que tanto compromete a vida e saúde dessa população.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido num centro especializado para atendimento de pessoas idosas com Alzheimer. Entretanto, apesar de ser referência para esse tipo de atendimento, muitos pacientes do município não estão cadastrados nessa unidade, o que limitou a constituição da amostra; motivo pelo qual decidiu-se trabalhar com toda a população da unidade, naquele período. Faz-se necessária a realização de novo estudo, com a participação de cuidadores de idosos com DA de todo o município a fim de confirmar os resultados deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Ajenikoko, M. K., Okpe, E. O., Aderibigbe, A., & Oladipo, M. O.** (2022). Review of Alzheimer's disease drugs and their relationship with neuron-glia interaction. *IBRO Neuroscience Reports*, 14, 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.11.005>
- Alzheimer's Association.** (2025). *Alzheimer e demência*. <https://www.alz.org/es-mx/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Alzheimer's Disease International.** (2022). *New study predicts the number of people living with Alzheimer's disease to triple by 2050*. <https://www.alzint.org/news-events/news/new-data-predicts-the-number-of-people-living-with-alzheimers-disease-to-triple-by-2050/>
- Angrisani, M., Reed, N. S., Banerjee, J., & Lee, J.** (2025). Dementia caregiving in India: New evidence from a National representative sample. *Alzheimer's & Dementia*, 21(5), e70266. <https://doi.org/10.1002/alz.70266>
- Anjos, R. M. P., Assis, V. F., & Alves, R. S.** (2024). Transtornos mentais comuns associados a acidentes e violência. *Brazilian Journal of Development*, 10(9), 1–34. <https://doi.org/10.34117/bjdv10n9-027>
- Apesoa-Varano, E. C.** (2020). “Eu sei o que é melhor”: mulheres que cuidam de parentes com demência. *Social Science & Medicine*, 256, 113026. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113026>
- Ashrafizadeh, H., Gheibizadeh, M., Rassouli, M., Hajibabae, F., & Rostami, S.** (2021). Explique a experiência de cuidadores familiares em relação ao cuidado de pacientes com Alzheimer: um estudo qualitativo. *Frontiers in Psychology*, 12, 699959. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699959>
- Batista, I. B., Marinho, J. S., Brito, T. R., Guimarães, M. S., Silva Neto, L. S., Pagotto, V., et al.** (2023). Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE0036. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00361>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** (2023). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral.** (2024). *Relatório nacional sobre a demência: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras* (p. 132). Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf
- Bravo-Vazquez, A., Anarte-Lazo, E., Gonzalez-Gerez, J. J., Rodriguez-Blanco, C., & Bernal-Utrera, C.** (2025). Effects of Physical Exercise on the Physical and Mental Health of Family Caregivers: A Systematic Review. *Healthcare*, 13(10), 1196. <https://doi.org/10.3390/healthcare13101196>

- Brito, L., Cepa, B., Brito, C., Leite, A., & Pereira, G.** (2025). Perfis de avaliação de risco para sobrecarga do cuidador em cuidadores familiares de pessoas vivendo com doença de Alzheimer: um estudo exploratório com aprendizado de máquina. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(3), 41. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15030041>
- Caplin, A., Beauchamp, M. R., Weiss, J., Mui, J., Kienle, G. S., & O'Connell, M. E.** (2021). Efeitos do Treinamento de Exercícios Aeróbicos nos Processos Psicológicos Diários em Cuidadores Familiares: Análises Secundárias de um Ensaio Clínico Randomizado. *Affective Science*, 2, 48–57. <https://doi.org/10.1007/s42761-020-00026-6>
- Centro de Referência à Saúde do Idoso de Itabuna atende mais de 3.500 pacientes.** (2022, 3 de abril). Prefeitura Municipal de Itabuna. <https://itabuna.ba.gov.br/2022/04/03/centro-de-referencia-a-saude-do-idoso-de-itabuna-atende-mais-de-3-500-pacientes/>
- Chang, Y.-T., Lin, Y.-C., Lin, C.-L., Ho, H.-T., & Chiu, C.-F.** (2023). Sintomas neuropsiquiátricos e estresse do cuidador na doença de Parkinson com comprometimento cognitivo, doença de Alzheimer e demência frontotemporal. *Journal of Parkinson's Disease*, 13(2), 243–254. <https://doi.org/10.3233/JPD-223550>
- Dadalto, E. V., & Cavalcante, F. G.** (2021). O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 221–230. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>
- Damian, A. C., Pătrașcu, D. D., Olteanu, I. C., Văleanu, I. R., Pătrașcu, I. P., & Oprea, O. I.** (2023). Quality of Life Predictors in a Group of Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic. *Medicina*, 59(8), 1486. <https://doi.org/10.3390/medicina59081486>
- de la Cruz-Portilla, A. C.** (2020). Relação entre sobrecarga e funcionamento familiar em cuidadores informais de pacientes com Alzheimer. *Revista UNIMAR*, 38(1), 187–200. <https://doi.org/10.31948/Rev.unimar/unimar38-1-art9>
- Epps, F., To, H., Liu, T. T., Karanjit, A., & Warren, G.** (2021). Effect of Exercise Training on the Mental and Physical Well-Being of Caregivers for Persons Living With Chronic Illnesses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 18–27. <https://doi.org/10.1177/0733464819890753>
- Estevam, E. A., Francisco, P. M. S. B., & Silva, R. A. da.** (2021). Privatization of old age: suffering, disease and violence in the relationship between older adults and caregivers. *Saúde e Sociedade*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200928>
- Floridi, G., Quashie, N. T., Glaser, K., & Brandt, M.** (2022). Partner Care Arrangements and Well-Being in Mid- and Later Life: The Role of Gender Across Care Contexts. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(2), 435–445. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab209>

- Galdino, C. S. (2025).** *Repercussões do apoio matricial em cuidados paliativos à idosos frágeis no domicílio na perspectiva de cuidadores familiares [Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem/Hospital das Clínicas]. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1591180>
- Gaspar, T., Raimundo, M., Sousa, S. B., Barata, M., & Cabrita, T. (2023).** Relação entre sobrecarga, qualidade de vida e dificuldades de cuidadores primários informais no contexto da pandemia de COVID-19: análise das contribuições das políticas públicas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5205. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065205>
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022).** Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the global burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105–e125.
- Glasby, J., Farquharson, C., Hanson, E. U., & Homem-vision, M. (2023).** Construindo uma melhor compreensão do cuidado social para adultos. *British Medical Journal*, 382, e073720. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073720>
- Gumikiriza-Onoria, J. L., Nakigudde, J., Mayega, R. W., Omona, P., & Kizza, J. B. (2024).** Sofrimento psicológico entre cuidadores familiares de pessoas com doença de Alzheimer e demências relacionadas em Uganda. *BMC Geriatrics*, 24, 602. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05190-z>
- Hives, B. A., Beauchamp, M. R., Weiss, J., Mui, J., Kienle, G. S., & O'Connell, M. E. (2021).** The effects of aerobic exercise on psychological functioning in family caregivers: Secondary analyses of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(1), 65–76. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa031>
- Ibrahim, A. M., Ibrahim, M. M., & Zaghamir, D. E. F. (2024).** Sobrecarga do cuidado e qualidade de vida entre cuidadores informais de pacientes com Alzheimer no Egito. *Palliative and Supportive Care*, 22(1), 182–189. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000573>
- Keating, N., McGregor, J. A., & Yeandle, S. (2021).** Cuidado sustentável: teorizando o bem-estar de cuidadores de idosos. *International Journal of Care and Caring*, 5(4), 611–630. <https://doi.org/10.1332/239788221X16208334299524>
- Kim, J., Son, S., Kim, H., & Kang, M. (2023).** Efeitos de um programa de exercícios físicos para cuidadores familiares idosos de pessoas com demência. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 38, 1–9. <https://doi.org/10.1177/15333175231178384>
- Kojima, Y., Yamada, S., Kamijima, K., Kogushi, K., & Ikeda, S. (2024).** Sobrecarga em cuidadores de pacientes com esquizofrenia, depressão, demência e acidente vascular cerebral no Japão: análise comparativa da qualidade de vida, produtividade no trabalho e sobrecarga qualitativa do cuidado. *BMC Psychiatry*, 24, 591. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06000-x>

- Lavinsky, A. E., Rocha, R. M., & Landim, M. L. B.** (2021). O processo de cuidar do idoso fragilizado: experiências, expectativas e desafios de familiares que cuidam. In M. L. B. Landim (Org.), *América Latina contemporânea: saúde, cultura e sociedade, novas abordagens* (pp. 1–226). Autorale.
- Lawson, M., Sunkel, C., & Valadez, J. L.** (2020). *Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*. Oxfam Internacional - Brasil. <https://doi.org/10.21201/2020.5419>
- Li, R., Lv, P., Deng, B., Zuo, Z., Zhang, J., Hu, D., Li, W., Liu, Y., Zhao, Y., & Li, Y.** (2022). Disease Burden and Attributable Risk Factors of Alzheimer's Disease and Dementia in China from 1990 to 2019. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 9(2), 306–314. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.69>
- Loi, S. M., Chen, P. C. Y., Low, L. F., Macpherson, H., Fary, R., Batchelor, F., Szoeki, C., & Liew, D.** (2024). Effects of physical activity on depressive symptoms in older caregivers: The IMPACCT randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(3), 1–10. <https://doi.org/10.1002/gps.6058>
- Manoj, S., Nehra, A., Dalal, K., Sagar, R., & Tripathi, M.** (2021). Association of Stressful Life Events with Dementia in North Indian Populations. *Neurology India*, 69(5), 1326–1330. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.329601>
- Marín-Maicas, P., Corchón, S., Ambrosio, L., & Portillo, M. C.** (2021). Vivendo com Condições de Longa Duração na Perspectiva de Cuidadores Familiares. Uma Revisão de Escopo e Síntese Narrativa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7294. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147294>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2025). *Demência*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organização das Nações Unidas (ONU).** (2025). *OMS alerta que mais de 1 bilhão de pessoas vivem com transtornos mentais*. <https://news.un.org/pt/story/2025/09/1850854>
- Popa, L. C., Manea, M. C., Velcea, D., Șalapa, I., Manea, M., & Ciobanu, A. M.** (2021). Impacto da demência de Alzheimer em cuidadores e melhoria da qualidade por meio da arte e da musicoterapia. *Healthcare*, 9(6), 698. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>
- Prieto-Prieto, J., Madruga, M., Adsuar, J. C., González-Guerrero, J. L., & Gusi, N.** (2022). Effects of a Home-Based Exercise Program on Health-Related Quality of Life and Physical Fitness in Dementia Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9319. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159319>
- Sánchez-Martínez, V., Cauli, O., & Corchón, S.** (2024). Long-Term Caregiving Impact and Self-Care Strategies in Family Caregivers of People with Neuropsychiatric Disorders: A Mixed-Method Study. *Diseases*, 12(11), 292. <https://doi.org/10.3390/diseases12110292>

- Sanprakhon, P., Chaimongkol, N., & Hengudomsub, P.** (2022). Relações entre o estresse do cuidador e a qualidade do sono entre cuidadores familiares de idosos com demência na Tailândia. *Belitung Nursing Journal*, 8(3), 229–234. <https://doi.org/10.33546/bnj.2106>
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K.** (2020). Family Caregiving for Older Adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635–659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Sehar, U., Alharbi, A., Alharbi, S., Almarshad, M., Alyahya, S., Alenizi, M., Alshammari, N., & Alharbi, M.** (2023). Compreensão abrangente de cuidadores hispânicos: foco em métodos inovadores e validações. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 7(1), 557–574. <https://doi.org/10.3233/ADR-220094>
- Snyder, S. A., & Vitaliano, P. P.** (2020). Caregiver Psychological Distress: Longitudinal Relationships With Physical Activity and Diet. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 35. <https://doi.org/10.1177/1533317520904554>
- Souza, G.** (2025). *O que são as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária na Avaliação do Paciente Idoso?* Cuidado personalizado e atendimento domiciliar. <https://drgabrielsouza.com.br/o-que-sao-as-atividades-basicas-e-instrumentais-de-vida-diaria-na-avaliacao-do-paciente-idoso/>
- Starr, L. T., Washington, K., McPhillips, M. V., Pitzer, K., Demir, G., & Oliver, D. P.** (2022). Insomnia Symptoms Among Hospice Family Caregivers: Prevalence and Association with Caregiver Mental and Physical Health, Quality of Life, and Caregiver Burden. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(5), 456–465. <https://doi.org/10.1177/10499091221105151>
- Torres Neto, F., Lovisi, G. M., Unger, R. J. G., & Lima, L. A.** (2023). Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 31(3), e31030119. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030119>
- Torres-Sanmiguel, S., López-Díaz, A., Rincón-Quijano, J. P., & Osorio, G. L.** (2024). Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y metátesis. *Universidad y Salud*, 26(1), 29–40. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.318>
- Venkatesan, S., & Ancy A, L.** (2023). ‘There were days I felt empty’: care, affect, and graphic medicine. *Visual Studies*, 39(4), 491–500. <https://doi.org/10.1080/1472586X.2023.2252395>
- Vu, M., Mangal, R., Stead, T., Lopez-Ortiz, C., & Ganti, L.** (2022). Impact of Alzheimer's Disease on Caregivers in the United States. *Health Psychology Research*, 10(3), 37454. <https://doi.org/10.52965/001c.37454>
- World Health Organization (WHO).** (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO). (2024). *Mental health at work.*

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Yu, Y., Wang, Y., Li, L., Yi, W., Li, J., & Hu, J. (2025). O processo de crescimento pós-traumático dos principais cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. *Global Health & Medicine*, 7(1), 72–73. <https://doi.org/10.35772/ghm.2024.01098>

Zhang, Y., & Bennett, M. R. (2024). Insights Into Informal Caregivers' Well-being: A Longitudinal Analysis of Care Intensity, Care Location, and Care Relationship. *The Journals of Gerontology: Series B*, 79(2), gbad166. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad166>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento que vivemos, as projeções futuras e os resultados deste estudo chama-nos a atenção para a necessidade de não só ampliar as discussões acerca da prática do cuidado informal a pessoas idosas com DA no interior das famílias, mas avançar para o campo da implementação de ações que garantam estruturas e redes de apoio para o familiar que cuida, considerando o comprometimento que os transtornos mentais e seus fatores associados impõem à saúde do cuidador e, por extensão, à saúde da pessoa idosa com Alzheimer e ao cuidado a ela ofertado.

A prevalência de TMC verificada nesta tese acompanha o perfil geral da população estudada. A maioria dos indivíduos investigados é constituída por mulheres e filhas entre 25-59 anos, sendo que uma grande parcela desse grupo tem idade igual ou superior a 60 anos, fato que tem chamado a atenção; das que possuem renda, poucas a utilizam consigo mesmas. São cristãs que não frequentam às reuniões por falta de energia ou tempo livre, não praticam atividade física, dormem menos de 6 horas e recebem ajuda para cuidar. As horas dedicadas ao cuidado estão significativamente associadas aos TMC.

O estresse percebido, a funcionalidade familiar, a percepção de qualidade de vida e a capacidade funcional da pessoa com Alzheimer estão significativamente associados ao sofrimento mental dos familiares cuidadores dessa. A sobrecarga não apresentou associação significativa com TMC.

O estresse foi o único preditor direto de sofrimento psíquico entre os cuidadores, enquanto que a funcionalidade familiar e o engajamento em atividades físicas/lazer foram preditores indiretos relevantes; uma melhor qualidade de vida desponta como resultado da realização de atividade física/lazer com consequente redução do estresse sendo, também, um preditor indireto da redução de TMC entre os participantes.

Diantes desse panorama e tendo em mente que a sociedade caminha rapidamente para um cenário de envelhecimento populacional ainda mais crítico do que se tem vivenciado nesses últimos tempos, urge a necessidade de engajamento de toda a população no cuidado de suas famílias.

No que tange ao poder público e à sociedade organizada, é preciso que saiam do campo das discussões teóricas e do vislumbre de possibilidades, e adentrem no universo das ações de cuidado e proteção das famílias que cuidam de pessoas idosas e doentes, especialmente daqueles que se constituem (ou são constituídos) cuidadores familiares principais, um exército de pessoas que tem mostrado seu grande e indispensável valor para a sociedade como um todo.

A partir deste estudo, espera-se a proposição de estratégias factíveis para orientação, qualificação e amparo social e financeiro de familiares cuidadores de pessoas com a Doença de Alzheimer com vistas à minimização dos efeitos deletérios desse trabalho exaustivo e invisível, com ênfase no apoio à saúde física e psicológica, e possibilidades de reinserção social desse familiar cuidador.

Por fim, com os dados apresentados, almeja-se instigar o senso de urgência para a implementação/efetivação da Política Nacional de Cuidados aqui no Brasil. Grande anseio desta sociedade que envelhece.

REFERÊNCIAS

AJENIKOKO MK, et. al.. *Review of Alzheimer's disease drugs and their relationship with neuron-glia interaction*. IBRO Neurosci Rep. 2022 Nov 19;14:64-76. PMID: 36593897; PMCID: PMC9803919. Doi: 10.1016/j.ibneur.2022.11.005.

ALONSO, M. A. M. et al. Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cyjfFNKYGLC383SV6HfJFFD/?lang=en>. Acesso em: 12 mar. 2026.

ALVES, José Eustáquio Diniz. *Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU*. Portal do envelhecimento e longeviver, jun. 2019. Acesso em: 11 out. 2020. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu/>

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. *Alzheimer e demência*. 2025. Disponível em: <https://www.alz.org/es-mx/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>. Acesso em: 26/05/2025.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. O que é Doença de Alzheimer? 2026. Disponível em: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>. Acesso em: 12 mar. 2026.

ANJOS, R M P; ASSIS, V F; ALVES, R S. *Transtornos mentais comuns associados a acidentes e violência*. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.10, n.9, p. 01-34, 2024. DOI:10.34117/bjdv10n9-027

BENTO, H. M.; FERREIRA, L. F. A. L.; SANCHES, V. P.; BUENO, S. M. Alzheimer: causas, sintomas, tratamento e prevenção. *Revista Corpus Hippocraticum*, v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/874>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02.12.2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 11 out. de 2020.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia- SEI. Censo demográfico, 2022. Notas: *População de 2022 estimada com base nos resultados preliminares do Censo de 2022. Acesso em: 14/04/2023. Disponível em: <https://infovis.sei.ba.gov.br/demografia/>

BANDEIRA M, Freitas LC, Carvalho JGT Fo. *Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família*. J Bras Psiquiatr. 2007;56(1):41-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000100010>

BETTINE, MAA, GUTIERREZ, GL, MARQUES, R. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades- EACH/USP, 2012. 142p. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: https://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/qualidade_vida.pdf

BORGES, Jocelma Silva et. al. *Avaliação do nível de dependência funcional do idoso com limitação*. Saúde e Pesqui. 2019 jan-abr; 12(1): 169-175 - e-ISSN 2176-9206. Disponível em: [16_6851-jocelma-borges-port_norm_ing.pdf](https://bvsalud.org/pdf/16_6851-jocelma-borges-port_norm_ing.pdf) (bvsalud.org). Doi: 1.17765/2176-9206.2019v12n1p169-175. Acesso em: 23/11/2022

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510 de 7/4/2016. Dispõe sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2023. Acesso em: 22/05/2025. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. Doença de Alzheimer. 2025. Acesso em: 19/09/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheimer>

BRASIL. Política Nacional de Cuidados- PNaC. Projeto de Lei Nº 2.762, de 2024 que institui a Política Nacional de Cuidados. Acesso em: 22/05/2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/Ato_2023_2026/2024/PL/pl-2762.htm

BRASIL. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Política Nacional de Cuidados, sob a LEI Nº 15.069, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2024. Acesso em: 19/05/2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm

BRESSAN V, VISINTINI C, PALESE A. *O que os cuidadores familiares de pessoas com demência precisam? Uma revisão sistemática de métodos mistos*. Comunidade de Assistência Social à Saúde. 2020;28:1942-1960. DOI: 10.1111/hsc.13048. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.13048>

CENTRO de Referência à Saúde do Idoso de Itabuna atende mais de 3.500 pacientes. Prefeitura Municipal de Itabuna, 2022. Disponível em: <<https://itabuna.ba.gov.br/2022/04/03/centro-de-referencia-a-saude-do-idoso-de-itabuna-atende-mais-de-3-500-pacientes/>>. Acesso em: 14/04/2025

CERQUETANI, Samantha. *Estresse do cuidador: o que fazer para diminuir a sobrecarga de quem cuida?* Viva bem Uol. 17/07/2020. Acesso em: 03/07/2025. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/07/17/estresse-do-cuidador-o-que-fazer-para-diminuir-a-sobrecarga-de-quem-cuida.htm?cmpid=copiaecola>.

CHIN-CHAN, M. NAVARRO-YEPES, J. QUINTANILLA-VEGA, B. Poluentes ambientais como fatores de risco para doenças neurodegenerativas: Alzheimer e Parkinson. *Front. Célula. Neurosci.* 2015;9. Doi: 10.3389/fncel.2015.00124.

DENG, Y.; WANG, H.; GU, K.; SON, P. Alzheimer's disease with frailty: prevalence, screening, assessment, intervention strategies and challenges. *BioScience Trends*, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5582/bst.2023.01211>.

DOMINI, Luiza. Como anda o seu estresse? *Blog equilíbrio em gotas*. 2024. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: <https://luizadomini.com.br/escala-de-estresse-percebido/>

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. A pessoa idosa no contexto da família. In: TEODORO, Maycoln L. M.; BAPTISTA Makilim Nunes (Org.) et al. *Psicologia de Família: Teoria, Avaliação e Intervenção*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. E-book.

FLECK M, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública* 40 (5). Oct 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/npytCGWXKT653V5RqHyktGz/?lang=en>. Acesso em: 22/11/2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>

FLECK, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública* 34 (2). Abr2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/>. Acesso em: 22/11/2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva* 5 (1) 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3LP73qPg5xBDnG3xMHBVVNK/?lang=pt>. Acesso em: 22/11/2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>

GALDINO, C.S. *Repercussões do apoio matricial em cuidados paliativos à idosos frágeis no domicílio na perspectiva de cuidadores familiares / Repercussions of matrix support in palliative care for frail elderly people at home from the perspective of family caregivers*. Tese. Belo Horizonte; s.n; 2025. 82 p. ilustr. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1591180>

GAUTHIER S, WEBSTER C, SERVAES S, MORAIS JA, ROSA-NETO P. 2022. *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. London, England: Alzheimer's Disease International. Acesso em: 19/09/2025. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>

GOLDBERG D, HUXLEY P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock Books, 1992, 224p.

GUIRADO GMP, PEREIRA NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad. saúde colet.* 24 (1). Jan-Mar 2016. Acesso em: 21.12.2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jZgpygMZKXZtqzM53BLYGqR/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010103>

HOSMER, D. W; LEMESHOW, S; STURDIVANT, R. X. *Applied Logistic Regression*. 3. ed. New York: Wiley, 2013.

LAVINSKY, A. E.; PASSINHO, R. S.; ROCHA, R. M. Prevalência de transtornos mentais comuns e associação com dados sociodemográficos entre cuidadores de pessoas com Alzheimer. *Revista Saúde.Com*, v. 21, n. 2, p. 16-31, 2025. DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v16i4.18274>.

LAVINSKY, Andréa Evangelista; ROCHA, Roseanne Montargil; LANDIM, Maria Luzia Braga. O processo de cuidar do idoso fragilizado: experiências, expectativas e desafios de familiares que cuidam. IN: *América Latina contemporânea: saúde, cultura e sociedade, novas abordagens*. Org.: Maria Luzia Braga Landim. 1ª ed. Rio de Janeiro: Autorale. Grupo de Pesquisa CNPq/UESB- História, Sociedade e Etnociência. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB- Jequié, 2021, 226p.

LAWSON Max *et al.* Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade . Oxfam Internacional- Brasil. Publicado por Oxfam GB para a Oxfam Internacional, 2020. ISBN 978-1-78748-541-9. DOI: 10.21201/2020.5419

LEANDRO, Vanessa Leopoldo; ROSSO, Maria Loreni. Os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas pelo cuidador principal do idoso dependente no contexto familiar. Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/16705>. Acesso em: 11/08/2023

LOPES, F. M. et. al. Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia em Pesquisa*. v. 16 n. 1. 2022. DOI: 10.34019/1982-1247.2022.v16.31105

LUFT, Caroline Di Bernardi; SANCHES, Sabrina de Oliveira; MAZO, Giovana Zarpellon; ANDRADE, Alexandro. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública* 2007;41(4):606-15. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bgpXDHZXQXNqVS8JLnLdLhr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 22/11/2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

MADEIRA, J. SCHINDLER, S., KLEGERIS, A., 2015. A new look at auranofin, dextromethorphan and rosiglitazone for reduction of glia-mediated inflammation in neurodegenerative diseases. *Neural Regen. Res.* 10 (3), 391. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.153686>

MARRA, A R. Guia da qualidade de vida: veja os hábitos para abandonar ou criar. *Vida saudável: o blog do Einstein*, 2023. Acessado em: 20/05/2025. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/guia-da-qualidade-de-vida/>

MARRA, A R. Veja 7 sintomas do estresse para identificar e combater. *Vida saudável: o blog do Einstein*, 2023. Acessado em: 20/05/2025. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/sintomas-de-estresse/>

MARTINS, Julia. Você se sente sobrecarregado? Estratégias para indivíduos e equipes recuperarem o equilíbrio. *Asana*. 2025. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: <https://asana.com/pt/resources/overworked-signs>

MATTOS, E B T; KOVÁCS, M J. Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. *Psicologia USP*, 2020, volume 31, e180023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180023>.

McDADE, E.M. Alzheimer Disease. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, v.28, n. 3, p. 648-675, 2022. Acesso em: 19/05/2025. Disponível em: https://www.neurol.oup.com/br/wp-content/uploads/2023/06/Alzheimer_Disease.pdf

MENEZES, Pedro. Família: conceito, evolução e tipos. *Toda matéria*, 26 fev. 2020. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/familia-conceito-tipos/>. Acesso em: 11 out. 2020.

NOVOPSYCH. Escala de Estresse Percebido (PSS-10). 2025. Acesso em: 03/06/2025. Disponível em: <https://novopsych.com/assessments/well-being/perceived-stress-scale-pss-10/>

OMS. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes sobre saúde mental no trabalho. 2022. Acesso em: 21/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental no trabalho: resumo de políticas. 2022. Acesso em: 21/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>

OMS. Organização Mundial de Saúde. Saúde mental no trabalho. 2024. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

OMS. Organização Mundial de Saúde. Saúde mental no trabalho. Burnout um "fenômeno ocupacional": Classificação Internacional de Doenças. 2019. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. WHOQOL: Medindo a Qualidade de Vida. 2025. Acesso em: 29/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>

OMS. Organización Mundial de la Salud. Demência. 2025. Acesso em: 19/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

PAIVA, Ana Tarcia Guimarães *et al.* Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm.* 2011 Jan/Mar; 16 (1):22-8. Acesso em: 22/11/2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648966003.pdf>

QUELUZ, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues *et al.* Zarit Caregiver Burden Interview: Evidências de Validade para a População Brasileira de Cuidadores de Idosos. *Revista Colombiana de Psicología*. Vol. 28, n. 1, 99-113, enero/junio 2019. Acesso em: 23/11/2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/804/80464438007/html/> .

RAMOS, G *et al.* Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da Atenção Domiciliar: estudo transversal analítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, eAPE039009234, 2022.

REDAÇÃO. 10 sinais de sobrecarga de trabalho. Você RH. 2023. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: <https://vocerh.abril.com.br/saude-mental/10-sinais-de-sobrecarga-de-trabalho/>

SANTOS et.al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 35 (11) 31 Out 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>

SANTOS, Daniel Suzumura dos. Doença de Alzheimer: estudo aponta desafios dos sistemas de saúde para avaliar, diagnosticar e tratar pacientes. *Jornal dia a dia: trabalhando por você*, São Paulo, 05 out. 2020. Acesso em: 11 out. 2020. Disponível em: <http://jornaldiadia.com.br/2020/2020/10/05/doenca-de-alzheimer-estudo-aponta-desafios-dos-sistemas-de-saude-para-avaliar-diagnosticar-e-tratar-pacientes-2/> .

SANTOS, G. B., PAULINO, E. F. R, RODRIGUES, M. R. K. Funcionalidade familiar por meio do instrumento APGAR: avaliação das produções. *Revista Nursing*, 2024. 28 (312): 9339-9344. Acesso em: 03/06/2025. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3200/3902>

SANTOS, Gustavo de Brito Venâncio dos *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.35, n.11, 31 out. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00236318>. Acesso em 12 out. 2020.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1): 214-222, jan. 2009. Acesso em: 13 out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n1/214-222/pt>

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; SILVA, Ana Cláudia Conceição. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saude Publica Molo*. v.34, n.3, p.544-560 jul./set. 2010. Acesso em: 22/11/2022. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1881.pdf>.

SCHILLING, Lucas Porcello et.al. Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Neuropsychol*. 2022 Setembro;16(3 Suppl. 1):25-39. Acesso em: 08 de agosto de 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S102PT>

SILVEIRA, Liége Barbieri; KROEFF, Chrystian da Rosa; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira; BANDEIRA, Denise Ruschel. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para identificação de grupo clínico e predição de risco de suicídio. *Revista Psicologia e Saúde*, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 49-61, 2022. DOI: 10.20435/pssa.v13i4.1219. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1219>. Acesso em: 5 ago. 2025.

SKAPER, S.D., FACCI, L., GIUSTI, P., 2013. Glia and mast cells as targets for palmitoylethanolamide, an anti-inflammatory and neuroprotective lipid mediator. *Mol. Neurobiol.* 48 (2), 340-352. <https://doi.org/10.1007/s12035-013-8487-6>

SOUZA FILHO, Breno Augusto Bormann; STRUCHINER, Cláudio José. Uma proposta teórico-metodológica para elaboração de modelos teóricos. *Cad. saúde colet.* 29 (1) • 2021 • <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010180>

SOUZA FILHO, Breno Augusto Bormann; TRITANY, Érika Fernandes; ARANA, Gustavo Alonso Cabrera; STRUCHINER, Cláudio José. Modelos teóricos: reflexões necessárias. *Rev Bras Epidemiol.* 2023; 26: e230038. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230038.2>

SOUZA, Gabriel. O que são as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária na Avaliação do Paciente Idoso? Cuidado personalizado e atendimento domiciliar. 2025. Acesso em: 19/05/2025. Disponível em: <https://drgabrielsouza.com.br/o-que-sao-as-atividades-basicas-e-instrumentais-de-vida-diaria-na-avaliacao-do-paciente-idoso/>

SOUZA, J. E. V. et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, e20210106, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>.

SOUZA, Priscila. Sobrecarga- o que é, conceito, tipos e causas. Conceito. 2023. Acesso em: 20/05/2025. Disponível em: https://conceito.de/sobrecarga#google_vignette.

STORTI, L. B. *Efeito de uma intervenção educativa no desgaste emocional ou psicológico e na qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com sintomas neuropsiquiátricos*. Tese. Ribeirão Preto; s.n; jan. 2023. 235 p. Acesso em: 19/05/2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1561011>

TELES, Mariza Alves Barbosa; BARBOSA-MEDEIROS, Mirna Rossi. Condições de saúde e sobrecarga de trabalho entre cuidadores informais de pessoas idosas com

síndromes demenciais. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 26, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230066.pt>

TORRES-NETO F, LOVISI GM, UNGER RJ G, LIMA LA. Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Cad Saúde Colet*, 2023; 31 (3):e31030119. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030119>

TORRES-SANMIGUEL et. al. Experiencia de los cuidadores informales en Colombia: Revisión sistemática y metasíntesis. *Univ. salud* ; 26(1): 29-40, enero-abril 2024. tab, ilus. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.242601.318>

VASCONCELOS, Suzana. Escalas para a avaliação da capacidade funcional do idoso. *Sanar Medicina*. 28 de mai. de 2021. Acesso em: 23/11/2022. Disponível em: Escalas para a avaliação da capacidade funcional do idoso | Colunistas - Sanar Medicina.

VAZ, L. A.; FIGUEIREDO, V. N.; RAPONI, M. B. G.; MAGNABOSCO, P.; PORTO, J. P. Fatores associados à funcionalidade familiar em idosos hospitalizados. *Enfermagem Brasil*, v. 23, n. 2, p. 1580-1590, 2024. DOI: <https://doi.org/10.62827/eb.v23i2.4005>.

WHITING, Kate. Estamos vivendo mais. Veja como isso afetará a aposentadoria. *World Economic Forum*. 2023. Acesso em: 05/08/2025. Disponível em: <https://www.weforum.org/stories/2023/06/longevity-life-expectancy-retirement/>

WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso: 21/05/2025. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

WHOQOL GROUP 1998b. Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine* 28:551-558.

APÊNDICES

APÊNDICE A- CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ao: Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz- UESC.

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP-UESC Eu,
Larissa Morgana Carvalho dos Santos, responsável
pela/o Programa de Saúde do Idoso (PROSI) do município de Itabuna-Ba,
conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "O cuidado familiar da pessoa idosa
com a doença de Alzheimer", desenvolvido pela pesquisadora Andréa
Evangelista Lavinsky, e concordo com sua realização após a apresentação do
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e
assinado pelas partes. O início desta pesquisa neste Serviço só poderá ocorrer
após a apresentação da carta de aprovação do Sistema CEP/CONEP.
Atenciosamente,

LARISSA MORGANA C. DOS SANTOS
ENFERMEIRA
COREN-BA 311.951

LARISSA MORGANA CARVALHO DOS SANTOS
CPF - 031.320.075 - 01

Carimbo com o nome do responsável institucional (item obrigatório)

Obs.: Caso o responsável não tenha carimbo, o mesmo deve escrever seu nome completo e número de cadastro institucional e/ou CPF, abaixo da assinatura.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

Prezado (a) familiar cuidador (a), Você/Sr./Sra. está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “O CUIDADO FAMILIAR DA PESSOA IDOSA COM A DOENÇA DE ALZHEIMER”. Meu nome é Andréa Evangelista Lavinsky, sou a pesquisadora responsável e professora do curso de Enfermagem da UESC. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence a mim. Caso não aceite participar dessa pesquisa, você não será penalizado (a) de nenhuma forma. Mas se aceitar participar, suas dúvidas poderão ser esclarecidas por mim, pesquisadora responsável por esta pesquisa, ou outros pesquisadores que compõem a equipe, através do e-mail aelavinsky@uesc.br e, inclusive, através de ligação a cobrar ou mensagens de whatss-App (73- 99157-4885). Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**¹ da UESC, indicado no rodapé deste documento. O meu interesse em realizar esse estudo é por ter observado o aumento do número de pessoas idosas com Alzheimer (DA) nesses últimos anos e como os cuidadores tem se sentido nesse processo de cuidar de seu familiar, muitas vezes sem ajuda da família e/ou do governo. Sendo assim, o objetivo desse estudo é “analisar o processo de cuidar da pessoa idosa com a DA, na visão do familiar cuidador”. Para coletar os dados da pesquisa, primeiro serão aplicados 8 (oito) formulários de preenchimento simples sobre estresse, sobrecarga, qualidade de vida, e outros. A aplicação desses formulários levará 40 minutos, em média, e você mesmo pode preencher os formulários ou eu posso ler para você e anotar as suas respostas. Depois será realizado um encontro com os familiares cuidadores para discutirmos e compartilharmos nossas experiências de cuidar. Esse encontro, chamado de Grupo Focal, não é de participação obrigatória e terá a duração de 1 hora, em média. Lá iremos gravar as falas dos participantes exclusivamente para “passar a limpo” a fim de que não seja perdida nenhuma informação importante e garantir a fidedignidade dos dados coletados. Durante nossos encontros (aplicação dos formulários e o Grupo Focal), irei utilizar um

caderno que chamamos de “diário de campo”. Neste diário, anotarei as minhas impressões sobre os encontros e algumas informações que considere importante para a análise dos dados. Mas não se preocupe: o seu nome será guardado em segredo e o conteúdo da conversa só será utilizado para discutir e divulgar essa problemática com a intenção de melhorar a condição de ser cuidador de uma pessoa idosa com a DA, no ambiente familiar. Sendo assim, seu nome será mantido em sigilo e sua privacidade estará preservada. Essa pesquisa não vai te proporcionar nenhum tipo de gasto ou remuneração, e não vai te causar nenhum prejuízo, mas é possível que se sinta incomodado com o tempo gasto na coleta dos dados ou desconfortável por falar sobre assuntos tão delicados. Para evitar que isso aconteça, vamos agendar nossos encontros para momentos que considere ser mais tranquilos. Além disso, terei o cuidado de te ajudar a preencher os formulários e realizar o Grupo Focal de forma mais curta possível. Se você apresentar alguma complicação ou dano por conta desse estudo, você terá direito a acompanhamento integral. Você será ressarcido caso tenha algum gasto não previsto e indenizado se tiver qualquer dano decorrente da sua participação. Sua participação é voluntária e você é livre para se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, inclusive após ter assinado esse termo ou já participado da coleta de dados, sem penalização alguma. Os dados coletados serão mantidos sob a minha guarda e responsabilidade por 5 anos após o término desta pesquisa e depois serão destruídos. Coloco-me à sua disposição para esclarecer e acompanhá-lo (a), durante a realização da pesquisa e, inclusive, fazer seu acompanhamento posterior, caso seja necessário.

Andréa E. Lavinsky (pesquisadora responsável)

E-mail: aelavinsky@uesc.br/ Tel: (73) 99157-4885

Eu _____ compreendi do que se trata a pesquisa,
aceito participar e autorizo a pesquisadora a fazer as anotações no diário de campo.

Itabuna- Ba, ____ de _____ de 202 ____.

Assinatura do participante ou impressão datiloscópica

Testemunha 1

Testemunha 2

APÊNDICE C- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FORMULÁRIO II- IDENTIFICAÇÃO

I- IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

1. Endereço: 	2. Telefone 	3. Idade: 18-19 anos (0); 20-24 anos (1); 25-59 (2); >60 anos (3)
4. Gênero: F (0); M (1); Outro (2) _____	5. Estado civil: Casada/o (0); Solteira/o (1); Viúva/o (2); Divorciada/o (3); Relacionando-se (4)	6. Qual o grau de parentesco com o idoso? Cônjuge (0); Filho/a (1); Irmão/ã (2); Outro (3) Qual?
7. Doenças pré-existent: HA (0); DM (1); Obesidade (2); Insônia (3); Dislipidemia (4); Gastrointestinais (5); Outro (6). Qual? 8. Medicações em uso:	9. Faz visitas a Serviços de Saúde? S (0); N(1) 9.1 Quais serviços frequenta? 10. Qual a Periodicidade? 1x/ano (0); 2x/ano (1); >2x/ano (3).	11. Faz acompanhamento profissional? Fisioterapeuta (0); Terapeuta ocupacional (1); Psicólogo (2); Médico (3); Enfermeira (4); Outro (5). Qual?
12. Qual o nº de cômodos da casa? <4 (0); ≥ 4 (1). 13. Quantas pessoas moram neste domicílio (sem contar o idoso)? 1 (0); 2 (1); 3 (2); ≥4 (3) Quantos são: () Crianças- (0); () Jovens- (1); () Adultos- (2); + o idoso	14. Quantas pessoas trabalham? () Ninguém trabalha- (0); () Apenas 1-(1); () 2- (2); () ≥3- (3); () Recebe benefício- (4); () Recebe benefício do idoso- (5)	15. Você dorme no quarto com o idoso? S (0) - N (1) 16. Quantas horas de sono você dorme por noite? () <6h (0); () 7- 9h (1); () ≥10h (2)

17. Escolaridade: • Analfabeto- (0) • Ensino. Fundamental- (1) • Ensino médio- (2) • Ensino Superior- (3) • Pós-graduação (4) Completo? S (0) - N (1)	18. Estuda atualmente? S (0) - N (1) 19. Formação profissional: 20. Ocupação/Trabalho:	21. Qual a sua situação no mercado de trabalho? • Desempregado (0) ; Empregado (1); • Trabalho eventual (2); Aposentado (3) • Recebe ajuda de terceiros S (0)- N (1) De quem?
22. Usa sua renda pessoal com: Despesas da casa (0); Idoso(1); Filhos (2); Esposo(3); Consigo mesmo (4).	23. Renda do idoso: Aposentado (0); Beneficiário (1); Recebe ajuda de terceiros (2). De quem? 24. Renda familiar: < 1 salário mínimo (0); 1 salário mínimo (1); ≥2 salários mínimos (2).	25. Horas gastas com o cuidado do idoso/dia: <8h (0); 8-12h (1); >12h (2). - Turno do cuidado: Dia (0) - Noite (1) 26. Além do cuidado, outras atividades que realiza em casa: Serviços domésticos (0); Cuidado com esposo, netos e filhos (1); Cuidado com pets (2); outro (3): _____
27. Recebe ajuda para cuidar? S (0) - N (1) 28. De quem? Irmãos (0); filhos (1); amigos (2); cuidador formal (3); outro (4): _____ 29. Tipo de ajuda: Cuidado com o idoso (0); Cuidado da casa (1); Outro (3): _____ 30. Periodicidade: Diariamente (0); 1x/semana (1); > 1x/semana(2); final de semana (3).	31. Participa de algum grupo social ou religioso? S (0) - N (1) 32. Qual (s)?	33. Religião: Católica (0); Evangélica (1); Espírita (2); Umbanda/Candomblé (3); Outro(4): _____ 34. Quantas vezes que vai às reuniões/semana: Nenhuma (0); 1-2 vezes (1); 3-4 vezes (2); >4 vezes (3).
35. Pratica Atividade física/lazer?	36. Nº vezes por semana: 1-3x/semana (0); 4 - 5x/semana (1);	37. Outras atividades que faz fora de casa:

S (0) - N (1)	6 - 7x/semana (2).	
---------------	--------------------	--

II- IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA COM DA:

1. Primeiro Nome:	2. Idade: 60-64 anos (0); 65-69 anos (1); 70-74 anos (2); 75-79 anos (3); ≥ 80 anos (4).	3. Gênero: F (0); M (1); Outro (2)
4. Quanto tempo de diagnóstico da DA? 1-5 anos (0); 6-10 anos (1); >11 anos (2).	5. Outras doenças:	6. Tempo que depende de cuidados: 1-5 anos (0); 6-10 anos (1); >11 anos (2)
7. Utiliza Serv. de Saúde S (0) - N (1) 8. Quais? 9. Periodicidade: 1x/ano (0); 2x/ano (1); >2x/ano (3).	10. Recebe visitas de profissionais de saúde do “posto”? S (0) - N (1) 11. Quais profissionais? 12. Periodicidade:	13. Outros tratamentos: Fisioterapia (0); Terapia ocupacional (1); Psicologia (2); Outro (3). Qual?

APÊNDICE D- FORMULÁRIO III- T ele Zarit Burden Entrevista

1/2



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
Projeto de Pesquisa:
O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FORMULÁRIO VI

T ele Zarit Burden Entrevista

PONTUAÇÃO:	INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO:
0- NUNCA	0 a 21- pouca ou nenhuma sobrecarga
1- RARAMENTE	21 a 40- sobrecarga leve a moderada
2- ÀS VEZES	41 a 60- sobrecarga moderada a grave
3- COM BASTANTE FREQUÊNCIA	61 a 88- carga severa
4- QUASE SEMPRE	SCORE: _____
	DEFINIÇÃO: _____

Por favor, circule a resposta que melhor descreve como você se sente.

2/2

Pergunta	Pontuação
1 Você sente que seu familiar pede mais ajuda do que precisa?	0 1 2 3 4
2 Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar você não tem tempo suficiente para si mesmo?	0 1 2 3 4
3 Você se sente estressado entre cuidar de seu familiar e tentar cumprir outras responsabilidades de sua família ou trabalho?	0 1 2 3 4
4 Você se sente constrangido com o comportamento de seu parente?	0 1 2 3 4
5 Você sente raiva quando está perto de seu parente?	0 1 2 3 4
6 Você sente que seu parente atualmente afeta seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos de forma negativa?	0 1 2 3 4
7 Você tem medo do que o futuro reserva para seu parente?	0 1 2 3 4
8 Você sente que seu parente depende de você?	0 1 2 3 4
9 Você se sente tenso quando está perto de seu parente?	0 1 2 3 4
10 Você sente que sua saúde foi prejudicada por causa do seu envolvimento com seu parente?	0 1 2 3 4
11 Você sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria por causa do seu parente?	0 1 2 3 4
12 Você sente que sua vida social foi prejudicada porque você está cuidando de seu parente?	0 1 2 3 4

Pergunta	Pontuação
13 Você se sente desconfortável em receber seus amigos por causa de seu parente?	0 1 2 3 4
14 Você sente que seu parente parece esperar que você cuide dele como se você fosse o único com quem ele pudesse contar?	0 1 2 3 4
15 Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar além do resto das suas despesas?	0 1 2 3 4
16 Sente que não conseguirá cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0 1 2 3 4
17 Você sente que perdeu o controle de sua vida desde que seu parente adoeceu?	0 1 2 3 4
18 Você gostaria de deixar o cuidado de seu parente para outra pessoa?	0 1 2 3 4
19 Você se sente incerto sobre o que fazer com seu parente?	0 1 2 3 4
20 Você acha que deveria estar fazendo mais pelo seu parente?	0 1 2 3 4
21 Você acha que poderia fazer um trabalho melhor cuidando de seu parente?	0 1 2 3 4
22 Em geral, quão sobrecarregado você se sente cuidando de seu parente?	0 1 2 3 4

**APÊNDICE E- FORMULÁRIO IV- The World Health Organization Quality of Life -
WHOQOL-bref**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FOMULÁRIO III

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completo
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisf eito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfei to	Insatisf eito	nem satisfei to nem insatisf eito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia- a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos	1	2	3	4	5

	serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	Frequente mente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE F- FORMULÁRIO V- The World Health Organization Quality of Life- Older Adults - WHOQOL-OLD



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FORMULÁRIO V-QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL - OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

- As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Old.1	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
Old.2	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
Old.3	Quanta liberdade você tem de tomar as suas	1	2	3	4	5

	próprias decisões?					
Old.4	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
Old. 5	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
Old.6	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
Old.7	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
Old.8	O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
Old.9	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

- As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Old. 10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
Old. 11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
Old. 12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras	1	2	3	4	5

	realizações na sua vida?					
Old. 13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
Old. 14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

- As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Old. 15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
Old. 16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
Old. 17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
Old. 18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
Old. 19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5
Old. 20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos	1	2	3	4	5

	(por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?					
--	---	--	--	--	--	--

- As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Old. 21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
Old. 22	Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
Old. 23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
Old. 24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

- VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?**

Referencias

Power M, Quinn K, Schimidt S. WHOQOL-OLD Group. Quality of Life Research, 2005,14:2197-2214.

Fleck MPA, Chamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2003, 37(6):

Tabela para apresentação dos resultados da qualidade de vida do WHOQOL OLD

Data	Domínio Habilidades Sensoriais	Domínio Autonomia	Domínio Atividades passadas, presentes e futuras	Domínio Participação Social	Domínio Morte e morrer	Domínio Intimidade	Total

Resultados em % de 0 a 100

Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.

APÊNDICE G- FORMULÁRIO VI- TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FORMULÁRIO VI

TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Teste que avalia o sofrimento mental. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo.

INSTRUÇÕES:

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda **SIM**. Mas, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Você tem dores de cabeça com frequência?	() SIM () NÃO
2- Tem falta de apetite?	() SIM () NÃO
3- Dorme mal?	() SIM () NÃO
4- Assusta-se com facilidade?	() SIM () NÃO
5- Tem tremores nas mãos?	() SIM () NÃO
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	() SIM () NÃO
7- Tem má digestão?	() SIM () NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	() SIM () NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM () NÃO
10- Tem chorado mais do que de costume?	() SIM () NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM () NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM () NÃO
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	() SIM () NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM () NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM () NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem serventia?	() SIM () NÃO
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	() SIM () NÃO
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() SIM () NÃO

19- Você se cansa com facilidade?	() SIM () NÃO
20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	() SIM () NÃO
TOTAL de respostas SIM	
- De acordo com a pontuação acima, esse indivíduo tem sofrimento mental leve? []Sim []Não RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete) respostas SIM está comprovado sofrimento mental. OBS: Use o verso da folha para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados	

APÊNDICE H- FORMULÁRIO VII- ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO- EPS-10



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FORMULÁRIO VII-ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Frequente [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito

2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Frequente [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito

3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Frequente [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito

4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Frequente [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito

5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Frequente [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito

6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinham por

fazer? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Freqüente

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Freqüente

[4] Muito

7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Freqüente

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Freqüente

[4] Muito

8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Freqüente

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Freqüente

[4] Muito

9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Freqüente

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Freqüente

[4] Muito

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca
Freqüente

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Freqüente

[4] Muito

APÊNDICE I- FORMULÁRIO VIII- ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA-KATZ



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

FORMULÁRIO VII- ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD) – KATZ

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

ATENÇÃO: Para cada área de função a ser testada, cheque a descrição que melhor se adapta. O termo “ajuda” utilizado tem a conotação de supervisão ou assistência direta de pessoas.

Pontue “0” para Independente e “1” para Dependente.

Área de Funcionamento	PONTOS
TOMAR BANHO (leito, banheira ou chuveiro). Independente: Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). Independente: Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). Dependente: Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	
VESTIR-SE (pega roupa, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, emagaseia fecho, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) Independente: Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. Independente: Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. Dependente: Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.	
USO DO VASO SANITÁRIO (Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) Independente: Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã). Dependente: Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. Dependente: Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.	
TRANSFERÊNCIAS Independente: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador). Dependente: Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. Dependente: Não sai da cama.	
CONTINÊNCIA Independente: Controla inteiramente a micção e a evacuação Dependente: Tem “acidentes” ocasionais Dependente: Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.	
ALIMENTAÇÃO Independente: Alimenta-se sem ajuda. Independente: Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. Dependente: Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intra venosos.	

PONTUAÇÃO TOTAL: _____

0- independente em todas as seis funções; 1- Independente em cinco funções e dependente em uma função; 2- Independente em quatro funções e dependente em duas funções; 3- Independente em três funções e dependente em três funções; 4- Independente em duas funções e dependente em quatro funções; 5- Independente em uma função e dependente em cinco funções; 6- dependente em todas as seis funções.

CLASSIFICAÇÃO:

0= Independente/normal	4= Dependente
1=Muito levemente independente	5= Severamente dependente
2= Levemente Independente	6= Incapacitado
3= Moderadamente dependente	

Fonte: <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/#>

APÊNDICE J- FORMULÁRIO IX- APGAR FAMILIAR



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

Projeto de Pesquisa:

O cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer

Nº de identificação: _____ Data da aplicação: ____/____/____ Preenchido por: _____

FORMULÁRIO IX-APGAR DA FAMÍLIA

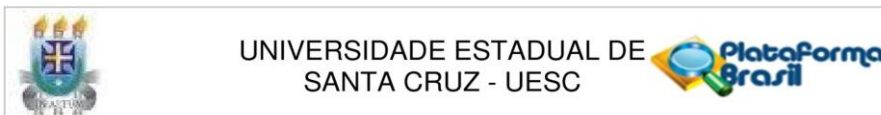
I t e m s	Sempre	Algumas vezes	Nunca
1) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	2	1	0
2) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	2	1	0
3) Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	2	1	0
4) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	2	1	0
5) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	2	1	0
Subtotal			
TOTAL			

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE TOTAL	
07 a 10	Boa funcionalidade familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
0 a 4	Elevada disfunção familiar

Fonte: Yeda A. O. Duarte; Marisa Accioly R. Domingues. Rede de suporte social e envelhecimento: instrumento de avaliação. São Paulo: Blucher, 2020.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO FAMILIAR DA PESSOA IDOSA COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

Pesquisador: Andréa Evangelista Lavinsky

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68959823.4.0000.5526

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Santa Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.184.971

Apresentação do Projeto:

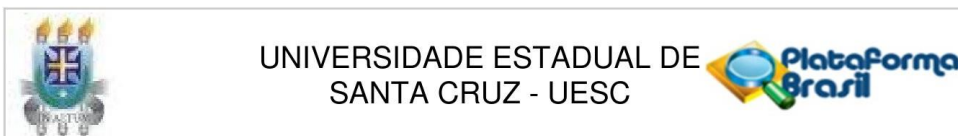
O protocolo CAAE 68959823.4.0000.5526, intitulado "O CUIDADO FAMILIAR DA PESSOA IDOSA COM A DOENÇA DE ALZHEIMER", sob a responsabilidade de Andréa Evangelista Lavinsky, trata-se de um projeto de pesquisa do Departamento de Saúde (DCS) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), tendo na equipe de pesquisa Roseanne Montargil Rocha, contando com financiamento próprio, que pretende: "Analisar o processo de cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer, sob a perspectiva do familiar cuidador principal". Para tanto, 185 pessoas serão convidadas a participar da pesquisa, sendo que os dados qualitativos serão coletados diretamente com 20 pessoas, sendo 10 homens e 10 mulheres. A pesquisadora responsável dividiu os participantes da pesquisa em dois grupos:

- a) Grupo Focal 1 (mulheres) - 10 - com a seguinte intervenção - desenvolvimento da técnica de Grupo focal: discussão sobre a temática do cuidado a familiar idosos com a Doença de Alzheimer
- b) Grupo Focal 2 (homens) - 10 - com a seguinte intervenção - desenvolvimento da técnica de Grupo focal: discussão sobre a temática do cuidado a familiar idosos com a Doença de Alzheimer.

Os participantes da pesquisa serão selecionado no Programa de Saúde do Idoso (PROSI) que funciona em anexo à Unidade Básica de Saúde Izolina Guimarães, município de Itabuna, localizado no sul do estado da Bahia.

"Critério de Inclusão:

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br



Continuação do Parecer: 6.184.971

- Ser familiar cuidador principal, responsável pelo provimento do cuidado à pessoa idosa com a DA cadastrada no PROSI, sendo este o responsável ou não pelos recursos requeridos pelo idoso;
- Ser maior de 18 anos.
- Ser o cuidador principal há 12 meses ou mais.
- Residir no mesmo domicílio que o familiar idoso com DA.
- Aceitar participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

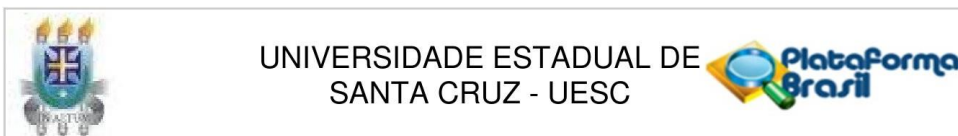
- Não ser capaz de compreender aos questionamentos dos instrumentos de coleta de dados.
- Recusar-se a assinar o TCLE.
- Desistir de participar da pesquisa.
- Dificuldade de agendamento de visita para coleta dos dados, após três tentativas.
- Deixar de responder a qualquer um dos instrumentos.
- Falta de continuidade por motivo de mudança de domicílio (fora do município), adoecimento ou outro.

"A amostra, definida por amostragem probabilística e selecionada de forma aleatória simples, será constituída por 185 familiares cuidadores principais de idosos do PROSI." (PB)

Coleta de dados:

"A coleta de dados dar-se-á em dois momentos distintos, onde o diário de campo será utilizado. No primeiro momento serão aplicados os instrumentos de avaliação quantitativos a todos os familiares cuidadores: formulário de identificação; ZBI- Zarit Caregiver Burden Interview; WHOQOL-BREF; WHOQOL-OLD; SRQ20 - SelfReporting Questionnaire; PSS-14- Escala de Estresse Percebido; Escala de Katz; e o APGAR familiar. Os instrumentos a serem utilizados são autoaplicáveis. No entanto, o participante pode escolher que a pesquisadora leia os itens em voz alta e registre suas respostas no formulário. Os participantes serão selecionados por sorteio, a partir da lista de cadastrados no PROSI, quando número de telefone e endereço serão coletados. Os familiares cuidadores serão contatados por telefone a fim de confirmar o endereço, convidar a participar do estudo e agendar a visita. Em seguida, serão realizadas as visitas domiciliares para a

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br



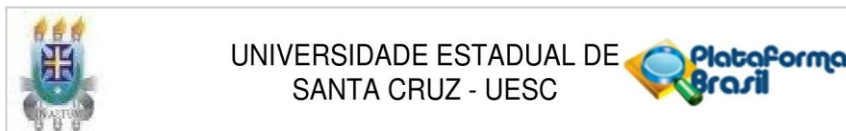
Continuação do Parecer: 6.184.971

apresentação da proposta de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE I), que será realizada utilizando linguagem transparente e acessível e oportunizando o esclarecimento de dúvidas ou receios que o familiar possa ter. Confirmado o aceite, o TCLE será assinado em duas vias pela pesquisadora responsável e os cuidadores familiares, que poderão fazê-lo com a sua impressão digital. Conforme a Resolução do CNS nº 510/2016- Art. 5º- 9º, serão dadas as garantias éticas que lhe confiram segurança para participar e desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo pessoal, financeiro ou familiar, quais sejam: liberdade de participação, integridade dos participantes, preservação de dados, privacidade, sigilo e confidencialidade, indenização por possíveis danos, ressarcimento de despesas que venha a ter com a pesquisa e a descrição do modo como serão coletados os dados: registro em diário de campo da pesquisadora, aplicação dos instrumentos quantitativos e possível participação de um Grupo Focal em momento posterior. O familiar cuidador poderá agendar outra visita para a coleta dos dados. Os dados qualitativos serão coletados a partir da técnica do Grupo Focal (GF), após a coleta dos dados quantitativos. O convite para participação de um GF em data futura e a descrição da técnica serão realizados na primeira visita. Após o aceite, será sinalizada a possibilidade de contato posterior, por telefone, para confirmação do convite e agendamento do GF. Todos os participantes, selecionados aleatoriamente a partir da lista de interessados, serão informados da constituição, execução e duração do GF, que as discussões serão gravadas em áudio e transcritas exclusivamente para a discussão qualitativa dos dados da pesquisa, e que haverá anotações em diário de campo da pesquisadora. A princípio, fica definida a realização de 2 Grupos Focais em momento posterior à aplicação dos formulários de pesquisa a todos os sujeitos do estudo. Os GF serão compostos por 8- 10 familiares selecionados dentre os 185 que participaram do primeiro momento da pesquisa: um com homens e outro com mulheres. Os GF terão o mesmo formato e serão conduzidos a partir de um mesmo roteiro preliminar. A equipe de moderadoras do GF constituída pela pesquisadora, enfermeira e/ou psicóloga do PROSI, e será treinada para a aplicação da técnica. Um estudo piloto será realizado com o objetivo de avaliar a viabilidade da aplicação dos instrumentos, tempo gasto nas visitas e dificuldades ou falhas de preenchimento dos formulários (autopreenchimento ou compreensão dos questionamentos)." (PB)

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o apresentado no formulário Informações Básicas da Plataforma Brasil, os objetivos da pesquisa são os transcritos abaixo:

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br



Continuação do Parecer: 6.184.971

"Objetivo Primário:

Analisar o processo de cuidar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer, sob a perspectiva do familiar cuidador principal.

Objetivo Secundário:

- Apreender o significado de cuidar de um familiar idoso com a Doença de Alzheimer.
- Estimar a prevalência de estresse, sobrecarga e Transtornos Mentais Comuns entre familiares cuidadores de pessoa idosa com Doença de Alzheimer.
- Verificar se há associação entre esses agravos (estresse, sobrecarga e o surgimento de Transtornos Mentais Comuns).
- Avaliar a Qualidade de Vida dos familiares cuidadores de pessoa idosa com a Doença de Alzheimer." (PB)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa são apresentados no Formulário da Plataforma Brasil conforme transcrito abaixo:

"Riscos:

O diálogo sobre assuntos delicados pode ser doloroso e fazer com que o cuidador sinta-se fragilizado. Especialmente numa situação de adoecimento e vulnerabilidade, discutir temas como Transtornos Mentais Comuns, estresse, comprometimento da qualidade de vida e relações afetivas familiares, que muitas vezes envolvem abandono, pode trazer à tona sentimentos negativos e reflexões que podem causar instabilidade emocional aos familiares participantes. Para tentar minimizar esses riscos a pesquisadora investirá na criação de um ambiente amistoso e de congraçamento em busca de uma relação de confiança entre participantes e pesquisadora, a partir do diálogo inicial com oportunidade de fala e compartilhamento de vivências de cuidar, e tornando o momento da coleta mais informal e prazeroso com a disponibilização de um lanche a ser degustado durante ou após o processo de preenchimento dos formulários, a critério da livre

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
SANTA CRUZ - UESC



Continuação do Parecer: 6.184.971

escolha do participante. Ademais, é possível que os participantes sintam-se incomodados com o tempo gasto na coleta dos dados. Para evitar que isso aconteça, vamos agendar os encontros em momentos escolhidos por ele e que considere ser mais tranquilos. Além disso, o participante poderá contar com a ajuda da pesquisadora para preencher os formulários e realizar o Grupo Focal de forma mais curta possível.

Benefícios:

Essa pesquisa oportunizará ao participante espaço de fala e escuta sobre sua vivência de cuidar de um familiar idoso com a Doença de Alzheimer, tarefa muitas vezes solitária e desprovida da colaboração de outros familiares, inclusive no que se refere a questões financeiras e de saúde. Ademais será possível abrir espaços de diálogo e divulgação dessa problemática cada vez mais frequente em nossos dias com a intenção de melhorar a condição de ser cuidador de uma pessoa idosa com a DA, no ambiente familiar." (PB)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

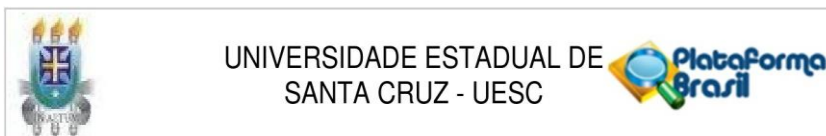
Pesquisa com mérito e que usará dados quantitativos e qualitativos sobre familiares cuidadores de pessoas com DA. Pesquisa relevante e com as condições necessárias para sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Acusamos que no protocolo 68959823.4.0000.5526 são apresentados os seguintes documentos, nos termos descritos abaixo:

1. Folha de rosto, devidamente preenchida, com as informações de título do projeto e número de participantes em conformidade com as demais informações cadastradas, assinada e datada pelo pesquisador responsável e pelo responsável institucional;
2. Declaração de responsabilidade, na qual o pesquisador responsável se compromete a iniciar a pesquisa apenas após o término da tramitação da análise ética;
3. Projeto na íntegra, descrevendo satisfatoriamente os fundamentos e procedimentos da pesquisa, possibilitando a análise dos elementos inerentes à ética na pesquisa envolvendo seres humanos;

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br



Continuação do Parecer: 6.184.971

4. Instrumentos para coleta de dados: formulários para o grupo geral e grupo focal;
5. Carta de anuência, devidamente assinada pelo responsável do local de execução da pesquisa;
6. Currículo Lattes do(s) pesquisador(es) principal e da equipe da pesquisa;
7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - 2 TCLE, sendo um geral e outro para o grupo focal;
8. Ofício respondendo satisfatoriamente às pendências.

Recomendações:

Não são indicadas recomendações de execução opcional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após leitura e análise do protocolo e de todos os documentos encaminhados pelo(a) pesquisador(a), considerou-se que são esclarecidos todos os aspectos relativos à ética em pesquisa com seres humanos, não restando pendências, sendo, assim, indicada a sua aprovação.

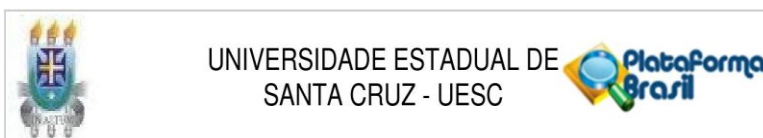
Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião realizada em 26 de julho de 2023, o Comitê de Ética em Pesquisa da UESC avaliou as respostas ao parecer com pendências de número 6.184.971, do projeto "O CUIDADO FAMILIAR DA PESSOA IDOSA COM A DOENÇA DE ALZHEIMER", CAAE 68959823.4.0000.5526, de autoria de Andréa Evangelista Lavinsky, e considerou que todos os aspectos atinentes foram respondidos. Portanto, a decisão final para este protocolo é favorável à sua APROVAÇÃO. Havendo alterações necessárias no projeto, estas deverão ser encaminhadas à este CEP na forma de Emenda. No caso de eventos adversos, estes deverão ser notificados ao CEP. Solicitamos especial atenção no envio dos relatórios semestrais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

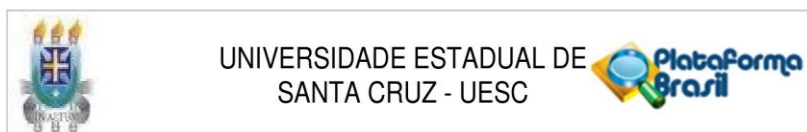
Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br



Continuação do Parecer: 6.184.971

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2126875.pdf	07/07/2023 16:14:06		Aceito
Outros	Oficio_02_AO_CEP_UESC_Resposta_a_o_parecer_02.pdf	07/07/2023 16:12:41	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_para_CEP_02_versao_corrigida_02.pdf	07/07/2023 16:09:17	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Ib_TCLE_Grupo_Focal_02.pdf	07/07/2023 16:08:47	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Ia_TCLE_geral_02.pdf	07/07/2023 16:08:23	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/06/2023 13:50:13	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	OFICIO_AO_CEP_UESC_Resposta_ao_parecer_consultado_do_CEP.pdf	15/06/2023 13:44:30	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	Curriculum_Roseanne_Montargil.pdf	06/06/2023 19:27:25	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	Curriculum_Andrea_Lavinsky.pdf	18/05/2023 21:14:00	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_VIII_indice_de_Katz.docx	18/05/2023 20:47:29	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_IX_Apgar_de_familia.docx	18/05/2023 20:45:25	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_III_formulario_zarit_burden_interview.docx	18/05/2023 20:41:01	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_X_ROTUIRO_PRELIMINAR_DO_GRUPO_FOCAL.docx	18/05/2023 20:40:01	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_VII_Escala_de_estresse_percebido_EPS_10.docx	18/05/2023 20:39:15	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_VI_TESTE_RSQ_20_TMC.docx	18/05/2023 20:38:35	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_V_whoqol_old.docx	18/05/2023 20:38:05	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_IV_WHOQOL_BREF.docx	18/05/2023 20:36:55	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Outros	APENDICE_II_FORMULARIO_DE_IDENTIFICACAO.docx	18/05/2023 20:35:52	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_do_pesquisador.pdf	22/04/2023 19:08:23	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	22/04/2023 19:06:54	Andréa Evangelista Lavinsky	Aceito

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
 Bairro: SALOBRINHO CEP: 45.662-900
 UF: BA Município: ILHEUS
 Telefone: (73)3680-5319 Fax: (73)3680-5319 E-mail: cep_uesc@uesc.br



Continuação do Parecer: 6.184.971

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ILHEUS, 17 de Julho de 2023

Assinado por:

Maria Cristina Rangel
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16
Bairro: SALOBRINHO **CEP:** 45.662-900
UF: BA **Município:** ILHEUS
Telefone: (73)3680-5319 **Fax:** (73)3680-5319 **E-mail:** cep_uesc@uesc.br

ANEXO B-CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ao:
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Itabuna, 16 de julho de 2024.

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP- UESC

Eu, Livia Maria Bomfim Mendes Aguiar, Secretária Municipal de Saúde de Itabuna/BA, conheço o Projeto de Pesquisa intitulado "O cuidado familiar da pessoa idosa com a doença de Alzheimer", desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) Andréa Evangelista Lavinsky e orientado pelo (a) Prof. Roseanne Montargil Rocha, e concordo com a sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início desta pesquisa neste Serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Sistema CEP/CONEP.

Atenciosamente,



Livia Mendes
Secretária de Saúde
SMS-Itabuna/BA
Data: 13/07/24

Livia Maria Bomfim Mendes Aguiar
Secretária Municipal de Saúde de Itabuna/BA

08.218.991/0001-95

INSC. MUN. 73.349.007

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ITABUNA
AV. COMENDADOR FIRMINO ALVES, 110
CENTRO - CEP: 45.600-185
ITABUNA - BA