

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROSIANE RONCHI NASCIMENTO COSTA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES
ASSOCIADOS EM CUIDADORES FAMILIARES DE
INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

CRICIÚMA
2026

ROSIANE RONCHI NASCIMENTO COSTA

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES
ASSOCIADOS EM CUIDADORES FAMILIARES DE
INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josiane Budni

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Cinara Ludvig
Gonçalves

**CRICIÚMA
2026**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C837p Costa, Rosiane Ronchi Nascimento.

Prevalência de depressão e fatores associados em cuidadores familiares de indivíduos com Doença de Alzheimer / Rosiane Ronchi Nascimento Costa, 2026.
64 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2025.

Orientação: Josiane Budni.

Coorientação: Cinara Ludvig Gonçalves.

1. Cuidadores familiares - Saúde mental. 2. Depressão. 3. Angústia psicológica. 4. Exaustão emocional. 5. Alzheimer, Doença de - Pacientes - Cuidado e tratamento. I. Título.

CDD 23. ed. 616.89

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609 de 14.03.2019

ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 511

Com início às 9 (nove) horas e 30 (trinta) minutos, do dia 31 (trinta e um) de julho de 2026 (dois mil e vinte e seis), realizou-se, na Sala 101/Bloco R1, o seminário formal de apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado de **ROSIANE RONCHI NASCIMENTO COSTA**, sob a orientação da **Profa. Dra. Josiane Budni** intitulada **“PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM CUIDADORES FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER”**. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. Jaqueline da Silva Generoso (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, Profa. Dra. Fabricia Cardoso Petronilho (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, e Profa. Dra. Mágada Tessmann (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: APROVADA, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Os trabalhos foram concluídos às 11h (onze) horas, dos quais eu, Samiris Albano Pereira, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori, Coordenadora Adjunta do Programa. Criciúma, 31 (trinta e um) de julho de 2026 (dois mil e vinte e seis).

Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori
Coordenadora Adjunta do PPGCS

Samiris Albano Pereira
Secretária do PPGCS

FOLHA INFORMATIVA

A dissertação foi elaborada seguindo o estilo ABNT e será apresentada no formato tradicional. Este trabalho foi realizado nas instalações do Laboratório Neurologia Experimental do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNESC.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me sustentou, fortaleceu e guiou durante toda esta caminhada, concedendo-me sabedoria, perseverança e coragem para superar cada desafio encontrado ao longo desta trajetória.

Ao meu esposo, Mauro, por estar ao meu lado em todos os momentos, oferecendo apoio incondicional, incentivo, compreensão e auxílio durante todo esse processo. Sua presença foi fundamental para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus filhos amados, Noah e Gael, que são minha maior motivação e razão para seguir em frente. Cada conquista tem um significado ainda mais especial por vocês, que dão sentido à minha vida e inspiram diariamente meus sonhos e minha dedicação.

Aos meus pais, por todo o amor, cuidado e pelos ensinamentos que moldaram quem sou. Desde cedo, fizeram da educação um dos maiores valores da nossa família, incentivando-me a buscar o conhecimento e a acreditar que o estudo transforma vidas. Esta conquista também é de vocês.

Agradeço, igualmente, a todos os familiares, amigos e pessoas que, de alguma forma, estiveram ao meu lado, oferecendo apoio, palavras de incentivo e compreensão ao longo desta jornada.

Expresso minha profunda gratidão à minha orientadora, Prof^a Dra. Josiane Budni, pela dedicação, disponibilidade, paciência e comprometimento em cada etapa deste trabalho. Seus ensinamentos, orientações e confiança foram essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Da mesma forma, agradeço à minha coorientadora, Prof^a Dra. Cinara Ludvig Gonçalves, pela generosidade em compartilhar seu conhecimento, pelas valiosas contribuições e pelo incentivo constante. Mais do que excelentes professoras e pesquisadoras, ambas representam exemplos de competência, ética e excelência na carreira acadêmica, sendo fonte de inspiração para minha trajetória profissional e científica.

Agradeço, ainda, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e incentivo à formação acadêmica e científica, fundamentais para a realização desta pesquisa e para minha trajetória durante o mestrado.

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é uma condição progressiva e neurodegenerativa que afeta significativamente o perfil cognitivo, comportamental e funcional do indivíduo e que gradualmente leva à perda de autonomia e a uma maior dependência funcional. Mais frequentemente, o cuidado diário é prestado pelos membros da família mais próximos, que são frequentemente chamados a prestá-lo sem qualquer formação técnica e, em grande parte, por iniciativa própria, recebendo pouco apoio público ou psicológico. Esta situação impõe uma carga física, emocional e social, cujos efeitos podem incluir frustração, sintomas depressivos, sensação de solidão e preocupação com o futuro. O objetivo deste estudo foi examinar a prevalência de sintomas depressivos entre cuidadores familiares (CFs) de indivíduos com DA e considerar fatores associados, incluindo a carga percebida (CP), a resiliência e os dados sociodemográficos. É um estudo observacional transversal baseado no uso de ferramentas psicométricas validadas. Os resultados demonstram que cuidadores familiares, particularmente cônjuges e filhos adultos, experimentam sofrimento emocional significativo, manifestado por desespero, ansiedade e isolamento social. As contribuições da pesquisa são seu suporte para a compreensão das demandas emocionais dos cuidadores e para a defesa de políticas públicas e programas de intervenção psicossocial como uma estratégia para a promoção da saúde mental e da qualidade de vida entre esses indivíduos.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidadores familiares. Depressão. Carga emocional. Saúde mental.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a progressive neurodegenerative condition that notably affects the cognitive, behavioral, and functional profile of the individual, gradually leading to loss of autonomy and increased dependence on the patient. Most often, daily care is provided by close family members, who are frequently called upon to deliver it without any technical training and largely on their own initiative, receiving little public or psychological support. This situation imposes a physical, emotional, and social burden, the effects of which may include frustration, depressive symptoms, feelings of loneliness, and concern about the future. The aim of this study was to examine the prevalence of depressive symptoms among family caregivers (FCs) of individuals with AD and to consider associated factors, including perceived burden (PB), resilience, and sociodemographic data. This is a cross-sectional observational study based on the use of validated psychometric tools. Preliminary findings suggest that family caregivers, particularly spouses and adult children, experience significant emotional distress, manifested by despair, anxiety, and social isolation. The research contributions lie in its support for understanding the emotional demands of caregivers and for advocating public policies and psychosocial intervention programs as a strategy for promoting mental health and quality of life among these individuals.

Keywords: Alzheimer's disease. Family caregivers. Depression. Emotional burden. Mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Associação entre a sobrecarga do cuidador e a gravidade dos sintomas depressivos 33

Figura 2 – Probabilidade predita de sintomas depressivos clinicamente relevantes de acordo com a sobrecarga do cuidador 35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas, relacionadas ao cuidado, clínicas e psicológicas da amostra	29
Tabela 2 – Correlações de Spearman entre sintomas depressivos, sobrecarga do cuidador, duração do cuidado, resiliência e variáveis sociodemográficas	31
Tabela 3 – Modelos de regressão examinando a sobrecarga do cuidador, a duração do cuidado e os sintomas depressivos	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ANCI - Associação Nacional de Cuidadores Informais

AVDs – Atividades de Vida Diária

DA – Doença de Alzheimer

HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Hamilton para Depressão)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life – Abbreviated Version

ZBI – Zarit Burden Interview (Escala de Sobrecarga de Zarit)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Doença de Alzheimer	13
1.2 O papel do cuidador familiar	15
1.3 Sobrecarga do cuidador	16
1.4 Depressão em cuidadores familiares	17
1.5 Resiliência e fatores de proteção	18
1.6 Políticas públicas e suporte institucional	19
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
3.1 Aspectos éticos	22
3.2 Delineamento do estudo	22
3.3 Participantes	22
3.4 Instrumentos	23
3.5 Procedimentos de coleta de dados	25
3.6 Análise dos dados	25
4 RESULTADOS	28
4.1 Características da amostra	28
4.2 Correlações entre sintomas depressivos, sobrecarga do cuidador, duração do cuidado, resiliência e variáveis sociodemográficas	31
4.3 Sobrecarga do cuidador e gravidade dos sintomas depressivos	32
4.4 Sobrecarga do cuidador e sintomas depressivos clinicamente relevantes	34
4.5 Duração do cuidado e gravidade dos sintomas depressivos	35
5 DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	48
APÊNDICE B – Questionário para Coleta de Dados Sociodemográficos e de Saúde	50
ANEXOS	55
ANEXO A– Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	55
ANEXO B – Zarit Burden Interview	56
ANEXO C – Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (HAM-D)	58
ANEXO D – Escala de Resiliência	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doença de Alzheimer: aspectos clínicos e epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), em 2050 haverá mais de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo, e esse fenômeno de envelhecimento aumenta o ônus das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo demências. Entre elas, a doença de Alzheimer (DA) é a principal etiologia, sendo responsável por 60-70% dos casos no mundo todo (Oliveira et al., 2023; Ferreira; Martins, 2022).

A epidemiologia da doença está em ascensão. A OMS (2021) projeta que a prevalência de demência deve triplicar até 2050, com mais de 150 milhões de indivíduos sofrendo de demência. O envelhecimento populacional no Brasil acelera esse movimento: a população idosa já ultrapassa 30 milhões de pessoas, contribuindo para a prevalência de Alzheimer (IBGE, 2022). Esse fato representa um desafio não apenas para o sistema de saúde, mas também para a rede de apoio familiar, que desempenha um papel importante na preservação da qualidade de vida do paciente.

A DA é o tipo mais frequente de demência, responsável por aproximadamente dois terços dos casos diagnosticados em idosos (Oliveira et al., 2023; OMS, 2021). É uma doença neurodegenerativa crônica e progressiva que afeta, cada vez mais, as capacidades cognitivas, comportamentais e funcionais do indivíduo, levando à perda progressiva da autonomia e da independência (Ferreira; Martins, 2022).

Do ponto de vista neuropatológico, a DA é caracterizada pela deposição extracelular de placas de beta-amiloide e pela formação de emaranhados neurofibrilares, decorrentes da hiperfosforilação da proteína tau, associada à degeneração neuronal, principalmente em regiões cerebrais como o hipocampo e o córtex temporal (Cunha; Barros, 2023). Essas alterações estão por trás da perda gradual de memória e de outras funções cognitivas.

A DA é uma desordem neurodegenerativa crônica e progressiva, com alterações cognitivas, funcionais e comportamentais que levam os indivíduos a tornarem-se completamente dependentes nos estágios avançados da doença (Scoralick-Lima, 2020). Além das manifestações cognitivas e funcionais, a doença de Alzheimer apresenta importante interface com alterações neuropsiquiátricas, que podem ampliar a complexidade clínica da doença e as demandas impostas aos familiares envolvidos no cuidado (Garcez et al., 2015).

Essas transições impactam o paciente e sua rede de apoio, incluindo membros da família que se tornam seus cuidadores. Pesquisas mostram que a doença não afeta apenas aspectos clínicos, mas também possui diversas consequências sociais, econômicas e emocionais (Souza; Lima; Almeida, 2022; Cunha; Barros, 2023).

O cuidado familiar na DA é ainda mais prevalente no contexto brasileiro, em que a falta de serviços especializados e a ausência de políticas públicas abrangentes acabam por transferir essa responsabilidade para esposas, filhos ou parentes próximos (Oliveira et al., 2023). Essa condição socialmente construída é uma expressão da feminização do cuidado, visto que as mulheres são a maioria dos cuidadores, e essa condição resulta em desigualdades de gênero (Ferreira; Martins, 2022; Souza; Lima; Almeida, 2022).

Embora frequentemente motivado por vínculos afetivos, o cuidado sustentado pode ser conceituado como um empreendimento desafiador. A carga objetiva está relacionada a tarefas práticas, e a carga subjetiva está associada à percepção emocional do cuidador (Scoralick-Lima, 2020), sendo elas distinguíveis na literatura. Ambas contribuem para intensificar a rotina de cuidados de um doente de Alzheimer, somando-se à própria enfermidade do cuidador, tanto física quanto mental. Os efeitos mais comuns são distúrbios do sono, isolamento social, ansiedade e, especialmente, depressão (Souza; Lima; Almeida, 2022; Cunha; Barros, 2023).

1.2 O papel do cuidador familiar

No contexto das doenças neurodegenerativas, como a DA, os cuidadores familiares desempenham um papel fundamental na manutenção da qualidade de vida da pessoa acometida, assumindo responsabilidades relacionadas aos cuidados físicos, à supervisão das atividades diárias, à administração de medicamentos e ao suporte emocional. Entretanto, a intensidade dessas atribuições pode variar conforme o grau de comprometimento do paciente e o nível de envolvimento do cuidador. Indivíduos com DA são, em grande parte, cuidados por parentes próximos, o que gera cuidadores informais. Este papel é culturalmente atribuído às mulheres, geralmente esposas, filhas, netas ou até mesmo noras, o que reflete desigualdades de gênero na divisão do trabalho de cuidado (Ferreira; Martins, 2022; Oliveira et al., 2023).

Este cuidador também é responsável por várias funções, como acompanhar consultas médicas, administrar medicamentos, auxiliar nas ADLs (atividades da vida diária), encorajar o paciente e, muitas vezes, lidar com mudanças comportamentais (Souza; Lima; Almeida, 2022). A falta de capacitação técnica e a falta de suporte formal agrava a situação e tornam-na estressante para o cuidador.

Segundo a Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI), os cuidadores familiares podem ser classificados em permanentes, parciais e ocasionais. O cuidador permanente é aquele que assume a responsabilidade principal pelos cuidados de uma pessoa dependente de forma contínua e integral. O cuidador parcial divide as atividades de cuidado com outras responsabilidades, como trabalho ou estudos, e pode contar com o apoio de familiares ou de serviços formais. Já o cuidador ocasional atua de forma esporádica, oferecendo suporte em situações específicas ou quando o cuidador principal não pode desempenhar suas funções. Essa classificação auxilia na compreensão dos diferentes níveis de envolvimento e das demandas associadas ao cuidado familiar (ANCI, 2020).

Estudos recentes demonstram que o cuidado prolongado limita o desempenho social e profissional, contribuindo para uma sensação de isolamento e perda da própria identidade (Oliveira et al., 2023; Cunha; Barros, 2023). Assim, embora caracterizado por afeto e solidariedade, o cuidado familiar torna-se uma experiência ambivalente que também envolve laços positivos e sofrimento emocional.

1.3 Sobrecarga do cuidador

A sobrecarga é um conceito-chave nos textos sobre parentes de pacientes com Alzheimer. Pode ser entendida como o impacto sentido nas dimensões físicas, emocionais, sociais e financeiras decorrente das demandas de cuidado (Scoralick-Lima, 2020).

De acordo com a ANCI (2020), a prestação contínua de cuidados pode acarretar impactos significativos na saúde física e psicológica do cuidador, especialmente quando há escassez de apoio familiar ou institucional. A dedicação prolongada ao cuidado favorece sentimentos de exaustão, isolamento e sobrecarga emocional, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos.

A sobrecarga objetiva é distinta da sobrecarga subjetiva, que se refere à percepção do esforço de cuidado, ao peso do desgaste e ao sacrifício. Nos cuidadores familiares, ambas as formas de sobrecarga estão presentes: aquele relacionado às demandas diárias (higiene, alimentação e necessidades de vigilância) e o relacionado às sensações vivenciadas (ansiedade, solidão e impotência) (Souza; Lima; Almeida, 2022).

Diversos estudos demonstram que a pressão é um dos principais preditores de doenças mentais. Oliveira et al. (2023) encontraram uma ligação direta entre a alta sobrecarga e os sintomas depressivos e enfatizaram que o apoio social atua como um amortecedor. Cunha & Barros (2023) apontam que a maior presença de desgaste emocional entre os cuidadores está diretamente

relacionada ao tempo dedicado ao cuidado do paciente, confirmando estatisticamente a relação entre aspectos crônicos do cuidado e o sofrimento psicológico.

No contexto da DA, a sobrecarga tende a aumentar à medida que se dá a progressão dos déficits cognitivos e funcionais da pessoa cuidada. À medida que o indivíduo perde autonomia para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, o cuidador passa a assumir um número crescente de responsabilidades, incluindo supervisão constante, auxílio na higiene, alimentação, administração de medicamentos e manejo de alterações comportamentais. Esse processo pode resultar em elevados níveis de estresse e no comprometimento do bem-estar físico e emocional do cuidador (Pereira; Soares, 2015).

1.4 Depressão em cuidadores familiares

A depressão é considerada um dos desfechos mais frequentes associados à sobrecarga vivenciada por cuidadores familiares de pessoas com DA. Estudos recentes têm demonstrado que esses indivíduos apresentam maior prevalência de sintomas depressivos em comparação à população geral, evidenciando os impactos do cuidado prolongado sobre a saúde mental (Ferreira; Martins, 2022; Cunha; Barros, 2023).

Além das demandas físicas inerentes ao cuidado, os cuidadores frequentemente enfrentam desafios emocionais significativos. A relação estabelecida entre cuidador e pessoa cuidada geralmente é permeada por vínculos afetivos profundos, o que pode favorecer o surgimento de sentimentos de ansiedade, frustração e luto antecipatório, especialmente diante do caráter progressivo e irreversível da doença de Alzheimer. Somado a isso, a insuficiente valorização social do trabalho desempenhado pelos cuidadores contribui para o aumento do sofrimento psicológico, impactando negativamente sua motivação, qualidade de vida e saúde mental (Queiroga et al., 2025).

Nesse contexto, o desenvolvimento da depressão é compreendido como um fenômeno multifatorial, influenciado pela interação entre fatores emocionais, sociais e ambientais. Além dos fatores psicossociais, mecanismos neurobiológicos também podem participar da manifestação dos sintomas depressivos, com evidências experimentais apontando para a participação de processos inflamatórios e alterações neuroquímicas na fisiopatologia da depressão (Budni et al., 2021). Entre os principais fatores de risco destacam-se a sobrecarga física e emocional, a redução das atividades de lazer, o isolamento social, a diminuição do tempo destinado ao autocuidado e o abandono de projetos pessoais e profissionais em função das exigências do cuidado. À medida que a doença evolui e a dependência do familiar aumenta, o cuidador passa a assumir responsabilidades cada vez maiores, o que pode intensificar sentimentos de exaustão, impotência e desesperança (Oliveira et al., 2023).

Outro aspecto frequentemente descrito na literatura é o luto antecipatório, caracterizado pelo sofrimento emocional decorrente das perdas graduais experimentadas ao longo da progressão da doença. Diferentemente do luto associado à morte, o cuidador vivencia sucessivas perdas simbólicas decorrentes das alterações cognitivas, comportamentais e funcionais do familiar, acompanhando o comprometimento progressivo de sua autonomia e identidade. Esse processo tem sido apontado como um importante fator associado ao sofrimento psíquico e ao desenvolvimento de sintomas depressivos em cuidadores familiares (Carvalho; Santos, 2021; Oliveira et al., 2023).

As repercussões da depressão vão além do âmbito individual e podem comprometer a qualidade do cuidado prestado. Cuidadores com sintomas depressivos tendem a apresentar maior fadiga, alterações do sono, dificuldades de concentração, redução da capacidade de enfrentamento e pior percepção da própria saúde. Consequentemente, a disponibilidade emocional para lidar com as demandas do cuidado pode ser reduzida, afetando tanto o bem-estar do cuidador quanto a assistência prestada à pessoa com Alzheimer (Souza; Lima; Almeida, 2022).

1.5 Resiliência e fatores de proteção

Embora o cuidado de pessoas com DA esteja frequentemente associado à sobrecarga e ao sofrimento emocional, nem todos os cuidadores desenvolvem sintomas psicológicos significativos, alguns desenvolvem estratégias para lidar com as adversidades de forma adaptativa, fenômeno conhecido como resiliência (Ferreira; Martins, 2022). A literatura tem demonstrado que a forma como os indivíduos avaliam e enfrentam as demandas do cuidado pode influenciar significativamente sua adaptação emocional. Nesse contexto, a resiliência tem sido apontada como um importante fator de proteção, favorecendo a capacidade de enfrentar adversidades e reduzir os impactos negativos do estresse associado ao cuidado (Yuan et al., 2024).

Fatores individuais (espiritualidade, propósito de vida, autoestima) e outros aspectos psicossociais (apoio social; participação em grupos de apoio) caracterizam a resiliência (Souza; Lima; Almeida, 2022). Oliveira et al. (2023) observam que cuidadores que desfrutam de mais apoio familiar relatam uma carga menor, proporcionando assim uma evidência de que a resiliência é também social e não apenas individual.

1.6 Políticas públicas e suporte institucional

O apoio institucional aos cuidadores familiares de pessoas com DA ainda representa um importante desafio no contexto brasileiro. Embora existam iniciativas voltadas à atenção domiciliar, serviços de assistência social e centros de referência para a população idosa, as ações destinadas especificamente ao cuidador familiar permanecem limitadas e frequentemente insuficientes para

atender às suas necessidades emocionais, sociais e financeiras. Como consequência, grande parte da responsabilidade pelo cuidado recai sobre a família, especialmente sobre um cuidador principal, que muitas vezes desempenha essa função sem preparo formal e com reduzido suporte institucional (ANCI, 2020; OMS, 2021; Souza, Lima e Almeida, 2022; Ilha et al., 2024).

Nesse contexto, a Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI, 2020) destaca que o cuidado informal constitui uma atividade de elevada relevância social, mas que ainda carece de maior reconhecimento e valorização por parte dos sistemas de saúde e proteção social. Segundo a entidade, a ausência de suporte adequado pode contribuir para o aumento da sobrecarga, do isolamento social e do comprometimento da saúde física e mental dos cuidadores, reforçando a necessidade de políticas públicas que contemplem suas demandas específicas.

Experiências internacionais demonstram que o investimento em programas direcionados aos cuidadores pode produzir resultados positivos tanto para a pessoa cuidada quanto para quem exerce o cuidado. Evidências provenientes de países como o Reino Unido e o Canadá indicam que intervenções como treinamentos, grupos de apoio, assistência financeira e serviços de cuidado de alívio (*respite care*) contribuem para a redução da sobrecarga e para a promoção da saúde mental dos cuidadores (OMS, 2021).

Diante desse cenário, a ampliação de políticas públicas voltadas aos cuidadores familiares configura-se como uma necessidade crescente no Brasil. O reconhecimento do cuidador como sujeito de direitos, aliado à oferta de suporte psicossocial, orientação técnica, programas de capacitação e estratégias de cuidado compartilhado, pode contribuir para a redução da sobrecarga e para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos. Além disso, o fortalecimento das redes de apoio formais e informais favorece a proteção da saúde mental dos cuidadores e a sustentabilidade do cuidado a longo prazo, especialmente no contexto das demências, em que a dependência tende a aumentar progressivamente (ANCI, 2020; OMS, 2021; Gutiérrez-Sánchez et al., 2023).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados entre cuidadores familiares de indivíduos com doença de Alzheimer.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a prevalência de depressão, sobrecarga e resiliência de cuidadores de indivíduos com DA;
- Avaliar a correlação entre sintomas depressivos, sobrecarga e outros fatores associados;
- Avaliar a associação da sobrecarga do cuidador com a gravidade dos sintomas depressivos;
- Avaliar a sobrecarga do cuidador com os sintomas depressivos clinicamente relevantes;
- Avaliar a associação da gravidade dos sintomas depressivos com a duração do cuidado.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob nº 7.863.436. Todos os participantes receberam informações claras sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assegurando os princípios de confidencialidade, voluntariedade e anonimato (Anexo A).

Adicionalmente, foi garantido que os cuidadores com escores elevados de depressão fossem orientados a buscar serviços de saúde mental, preservando o compromisso ético de não apenas investigar, mas também de cuidar dos participantes envolvidos.

3.2 Delineamento do estudo

O presente estudo caracteriza-se como observacional, transversal e de natureza quantitativa, com base em instrumentos psicométricos validados. O delineamento transversal permite a análise de um conjunto de variáveis em um único ponto temporal, permitindo estimar a prevalência de sintomas depressivos entre cuidadores familiares de pacientes com DA, bem como sua associação com fatores sociodemográficos, sobrecarga percebida e níveis de resiliência.

3.3 Participantes

A amostra foi inicialmente composta por 80 cuidadores familiares de pacientes diagnosticados com doença de Alzheimer (DA), recrutados em serviços de saúde e associações voltadas ao atendimento de pessoas com demência. Destes, 78 participantes atenderam aos critérios de inclusão e apresentaram dados completos para as análises, constituindo a amostra final do estudo. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, sendo composta por todos os cuidadores elegíveis que aceitaram participar da pesquisa durante o

período de coleta de dados. Não foi realizado cálculo amostral, uma vez que o estudo incluiu consecutivamente todos os participantes elegíveis disponíveis no período da coleta. Foram incluídos cuidadores maiores de 18 anos, que exerciam a função de forma não remunerada há pelo menos seis meses.

Critérios de exclusão abrangeram cuidadores profissionais, indivíduos com histórico de diagnóstico psiquiátrico prévio à função de cuidado (como depressão maior ou transtorno de ansiedade generalizada) e aqueles que não consentiram em participar do estudo.

3.4 Instrumentos

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada por meio de instrumentos padronizados e validados para o contexto brasileiro, de modo a garantir a fidedignidade das informações e a consistência metodológica. Os instrumentos foram aplicados individualmente, em ambiente reservado, com acompanhamento de profissional qualificado, respeitando as diretrizes éticas previstas na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

- **Questionário sociodemográfico:** elaborado pela pesquisadora com base em estudos anteriores sobre cuidadores familiares (Cunha; Barros, 2023; Ferreira; Martins, 2022). Esse questionário buscou caracterizar o perfil dos participantes quanto à idade, sexo, grau de parentesco com o paciente, tempo de cuidado, nível de escolaridade e condições socioeconômicas. Trata-se de um instrumento de caráter descritivo, amplamente empregado em pesquisas qualitativas e quantitativas para contextualizar as variáveis analisadas (Creswell; Creswell, 2021). A aplicação desse instrumento pode ser realizada por pesquisadores da área da saúde e das ciências humanas, desde que treinados para garantir uniformidade na coleta e evitar vieses interpretativos (APÊNDICE B).
- **Escala de Sobrecarga de Zarit (Zarit Burden Interview – ZBI):** desenvolvida originalmente por Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980) e

adaptada e validada para o contexto brasileiro por Scoralick-Lima (2020). Essa escala tem como objetivo mensurar o grau de sobrecarga percebida pelo cuidador, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e financeiros. É composta por 22 itens com respostas em escala Likert de cinco pontos, permitindo a avaliação global do impacto do cuidado. De acordo com Scoralick-Lima (2020), a ZBI é recomendada para aplicação por psicólogos, enfermeiros e pesquisadores capacitados, sendo um instrumento amplamente aceito em estudos nacionais e internacionais sobre cuidadores familiares (ANEXO B).

- **Escala de Hamilton para Depressão (Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D):** originalmente proposta por Hamilton (1960) e adaptada para o português por Moreno e Moreno (1998). Essa escala é considerada padrão-ouro na avaliação da gravidade dos sintomas depressivos e contém 17 itens que avaliam humor, insônia, ansiedade, somatização e ideação suicida (Costa; Nascimento, 2023). Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2021), a aplicação e interpretação da HAM-D devem ser realizadas exclusivamente por profissionais de saúde mental — preferencialmente **psicólogos ou psiquiatras** — devidamente treinados, pois exigem julgamento clínico sobre a intensidade dos sintomas relatados (ANEXO C).
- **Escala de Resiliência:** proposta por Wagnild e Young (1993) e validada para o português por Pesce et al. (2005). Essa escala avalia a capacidade do indivíduo de adaptar-se positivamente frente a situações adversas, sendo composta por 25 itens com respostas tipo Likert. Estudos recentes (Ferreira; Souza, 2022; Tavares; Ribeiro, 2023) apontam sua ampla utilização em pesquisas sobre enfrentamento emocional e saúde mental. Pode ser aplicada por psicólogos ou pesquisadores da área, desde que observadas as instruções de aplicação e interpretação dos resultados (ANEXO D).

A escolha desses instrumentos fundamenta-se em sua reconhecida validade psicométrica e em sua adequação ao estudo do fenômeno do cuidado

familiar. Em conjunto, eles possibilitam compreender dimensões fundamentais da experiência do cuidador, no que se refere a sobrecarga, depressão, qualidade de vida e resiliência, relacionadas ao cuidado exercido, assegurando uma análise integrada e cientificamente consistente.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato em instituições de saúde, associações de familiares de pessoas com Alzheimer e redes comunitárias. Após explicação sobre os objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os cuidadores responderam aos instrumentos de forma presencial ou online, de acordo com sua disponibilidade (APÊNDICE A).

A aplicação dos instrumentos teve duração média de 40 a 60 minutos, respeitando a privacidade e o conforto dos participantes. Em casos de sinais evidentes de sofrimento emocional durante a coleta, os cuidadores foram orientados e encaminhados para acompanhamento psicológico, assegurando os princípios éticos de cuidado.

3.6 Análise dos dados

Todas as análises foram realizadas no software R. A estratégia analítica foi delineada para examinar se a sobrecarga do cuidador e a duração do cuidado estavam associadas aos sintomas depressivos entre cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer. As análises foram organizadas em torno de três objetivos principais: caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e relacionado ao cuidado da amostra; testar se a sobrecarga do cuidador estava associada à gravidade dos sintomas depressivos e à presença de sintomas depressivos clinicamente relevantes; e avaliar se a duração do cuidado apresentava associação independente ou secundária com os sintomas

depressivos. Salvo quando especificado, todos os testes foram bicaudais, adotando-se nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Para caracterizar a amostra do estudo, as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao cuidado foram resumidas por meio de estatística descritiva. As variáveis contínuas foram apresentadas como mediana e intervalo interquartil, devido à distribuição não normal esperada das medidas clínicas e relacionadas ao cuidado. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e percentuais. Com o objetivo de melhorar a interpretabilidade e evitar a apresentação fragmentada de múltiplas variáveis indicadoras (*dummy variables*), os indicadores categóricos foram reorganizados em categorias clinicamente significativas, incluindo estado civil, faixa de renda, nível de escolaridade, suporte prévio ao cuidado e classificação da sobrecarga segundo o Zarit. Não foram realizados testes inferenciais para a Tabela 1, uma vez que seu objetivo foi descrever a amostra analítica, e não selecionar variáveis com base em significância estatística.

Para descrever a estrutura das associações bivariadas entre as principais variáveis do estudo, foram estimadas correlações de postos de Spearman entre sintomas depressivos, sobrecarga do cuidador, duração do cuidado, resiliência, qualidade de vida, idade, anos de escolaridade e renda. Os intervalos de confiança de 95% para as correlações de Spearman foram estimados por meio de reamostragem *bootstrap* com 2.000 iterações. Essas análises foram utilizadas para contextualizar os principais modelos de regressão e distinguir a associação entre sintomas depressivos e sobrecarga subjetiva do cuidador daquela observada entre sintomas depressivos e duração objetiva do cuidado.

A análise principal testou se a sobrecarga do cuidador estava associada à gravidade dos sintomas depressivos. O escore total da *Hamilton Depression Rating Scale* foi modelado como desfecho contínuo por meio de regressão linear pelo método dos mínimos quadrados ordinários. Foram estimados três modelos hierárquicos. O Modelo 1 avaliou a associação não ajustada entre o escore total do Zarit e os sintomas depressivos. O Modelo 2 foi ajustado para variáveis sociodemográficas, incluindo idade, sexo, anos de escolaridade e renda. O

Modelo 3 foi especificado como uma análise de sensibilidade, com ajuste adicional para diagnósticos prévios de depressão e ansiedade. Os coeficientes de regressão foram apresentados com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p . O ajuste dos modelos foi resumido pelo número de observações, R^2 , R^2 ajustado e Critério de Informação de Akaike (*Akaike Information Criterion*).

Uma análise secundária investigou se a sobrecarga do cuidador estava associada à presença de sintomas depressivos clinicamente relevantes. Esses sintomas foram definidos como escore ≥ 8 na *Hamilton Depression Rating Scale*. Modelos de regressão logística foram ajustados utilizando esse indicador binário de depressão como variável dependente. O Modelo 1 estimou a associação não ajustada entre o escore total do Zarit e os sintomas depressivos clinicamente relevantes, enquanto o Modelo 2 foi ajustado para idade, sexo e anos de escolaridade. Os resultados foram apresentados como razões de chances (*odds ratios*), acompanhadas de intervalos de confiança de 95% e valores de p .

Para avaliar o papel da duração objetiva do cuidado, modelos adicionais de regressão linear foram empregados para examinar se o tempo exercendo o papel de cuidador estava associado aos sintomas depressivos e à sobrecarga do cuidador. Foram estimados três modelos: (1) escore total da *Hamilton Depression Rating Scale* em função do tempo como cuidador; (2) escore total do *Zarit Burden Interview* em função do tempo como cuidador; e (3) escore total da *Hamilton Depression Rating Scale* em função do tempo como cuidador e do escore total do *Zarit Burden Interview*. O modelo final foi utilizado para avaliar se a duração do cuidado apresentava associação com os sintomas depressivos de forma independente da sobrecarga percebida pelo cuidador.

4 RESULTADOS

4.1 Características da amostra

A amostra analítica foi composta por 78 cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer (Tabela 1). Os participantes apresentaram mediana de idade de 55,5 anos (IIQ = 48,0–62,0), sendo a maioria do sexo feminino (76,9%). A mediana de escolaridade foi de 11 anos de estudo (IIQ = 7,0–13,0), com a maior proporção dos participantes relatando ensino médio completo (32,1%). A maioria era casada (73,1%) e declarou possuir afiliação religiosa ou praticar alguma religião (93,6%). A renda mediana, expressa pelo ponto médio da categoria de salário mínimo informada, foi de 3,5 salários mínimos (IIQ = 3,5–5,5), concentrando-se a maior parte dos participantes na faixa de 3 a 4 salários mínimos (43,8%).

Em relação às características do cuidado, os participantes exerciam o papel de cuidador havia uma mediana de 4,0 anos (IIQ = 2,8–6,0). Aproximadamente um quarto possuía experiência prévia como cuidador (27,1%), e 40,3% relataram participação em atividades comunitárias. A maioria dos cuidadores informou não ter recebido suporte prévio para o cuidado (75,0%), enquanto 20,6% relataram apoio de outro cuidador familiar e 4,4% de um cuidador não familiar.

Quanto às características clínicas, 30,3% dos participantes relataram diagnóstico prévio de depressão e 31,8% diagnóstico prévio de ansiedade. Hipertensão arterial foi relatada por 26,0% dos participantes, diabetes mellitus por 15,4% e cardiopatia por 12,0%. O uso de algum medicamento foi referido por 60,5% dos participantes, incluindo ansiolíticos (31,6%) e anti-hipertensivos (24,4%).

A sobrecarga do cuidador e os sintomas depressivos foram frequentes na amostra. A mediana do escore total do *Zarit Burden Interview* foi de 39,0 (IIQ = 33,2–48,0). A maioria dos cuidadores foi classificada como apresentando sobrecarga moderada (46,2%), seguida por sobrecarga moderada a grave

(33,3%) e sobrecarga grave (12,8%); apenas 7,7% foram classificados como apresentando pouca ou nenhuma sobrecarga. A mediana do escore total da HAM-D foi de 6,0 (IIQ = 2,0–12,0), e 30 cuidadores (38,5%) atingiram o ponto de corte para sintomas depressivos clinicamente relevantes. A mediana do escore total do WHOQOL foi de 80,8 (IIQ = 74,0–90,2), enquanto a mediana do escore de resiliência foi de 131,0 (IIQ = 121,0–142,0).

Tabela 1. Características sociodemográficas, relacionadas ao cuidado, clínicas e psicológicas da amostra.

VARIÁVEIS	N TOTAL	N VALIDOS
Características sociodemográficas		
Número de participantes	78	78
Idade (anos), mediana [IIQ]	55,5 [48,0–62,0]	78
Sexo feminino, n (%)	60 (76,9)	78
Anos de estudo, mediana [IIQ]	11,0 [7,0–13,0]	77
Escolaridade, n (%)		78
Analfabeto/sem escolaridade	0 (0,0)	
Primário incompleto	7 (9,0)	
Primário completo	10 (12,8)	
Ensino médio incompleto	6 (7,7)	
Ensino médio completo	25 (32,1)	
Superior incompleto	9 (11,5)	
Superior completo	11 (14,1)	
Outro	10 (12,8)	
Estado civil, n (%)		78
Solteiro(a)	7 (9,0)	
Casado(a)	57 (73,1)	
Divorciado(a)	11 (14,1)	

Viúvo(a)	3 (3,8)	
Renda (salários mínimos), mediana [IIQ]	3,5 [3,5–5,5]	73
Faixa de renda, n (%)		73
Até 1 salário mínimo	1 (1,4)	
1–2 salários mínimos	9 (12,3)	
3–4 salários mínimos	32 (43,8)	
5–6 salários mínimos	19 (26,0)	
7–8 salários mínimos	9 (12,3)	
9–10 salários mínimos	3 (4,1)	
Religião referida, n (%)	73 (93,6)	78
Características do cuidado		
Tempo como cuidador (anos), mediana [IIQ]	4,0 [2,8–6,0]	76
Cuidador anteriormente, n (%)	19 (27,1)	70
Atividade na comunidade, n (%)	31 (40,3)	77
Tipo de suporte anterior, n (%)		68
Nenhum	51 (75,0)	
Cuidador familiar	14 (20,6)	
Cuidador não familiar	3 (4,4)	
Características clínicas		
Diagnóstico prévio de depressão, n (%)	20 (30,3)	66
Diagnóstico prévio de ansiedade, n (%)	21 (31,8)	66
Hipertensão arterial, n (%)	20 (26,0)	77
Diabetes mellitus, n (%)	12 (15,4)	78
Cardiopatia, n (%)	9 (12,0)	75
Uso de ansiolítico, n (%)	24 (31,6)	76
Uso de anti-hipertensivo, n (%)	19 (24,4)	78

Uso de medicações (geral), n (%)	46 (60,5)	76
Instrumentos		
Escore total da Zarit, mediana [IIQ]	39,0 [33,2–48,0]	78
Classificação da Zarit, n (%)		78
Pouca/nenhuma sobrecarga	6 (7,7)	
Sobrecarga moderada	36 (46,2)	
Sobrecarga moderada a severa	26 (33,3)	
Sobrecarga severa	10 (12,8)	
Escore total da HAM-D, mediana [IIQ]	6,0 [2,0–12,0]	78
HAM-D ≥ 8 (sintomas clinicamente relevantes), n (%)	30 (38,5)	78
Resiliência total, mediana [IIQ]	131,0 [121,0–142,0]	78

Fonte: Costa, 2026.

4.2 Correlações entre sintomas depressivos, sobrecarga do cuidador e variáveis relacionadas ao cuidado

As correlações de Spearman entre as principais variáveis do estudo são apresentadas na Tabela 2. A gravidade dos sintomas depressivos apresentou correlação positiva de magnitude moderada com a sobrecarga do cuidador, indicando que escores mais elevados no *Zarit Burden Interview* estiveram associados a escores mais elevados na HAM-D ($\rho = 0,39$; IC95% [0,18; 0,57]; $p < 0,001$). Os sintomas depressivos também apresentaram correlação negativa com a qualidade de vida ($\rho = -0,35$; IC95% [-0,56; -0,11]; $p = 0,002$). O tempo exercendo o papel de cuidador apresentou uma correlação positiva fraca com os sintomas depressivos ($\rho = 0,23$; IC95% [-0,02; 0,47]; $p = 0,047$); entretanto, o intervalo de confiança obtido por *bootstrap* incluiu o valor zero, sugerindo incerteza quanto à consistência dessa associação.

A sobrecarga do cuidador apresentou correlação negativa com a qualidade de vida ($\rho = -0,41$; IC95% $[-0,59; -0,19]$; $p < 0,001$) e com a resiliência ($\rho = -0,34$; IC95% $[-0,56; -0,10]$; $p = 0,003$), mas não apresentou correlação com o tempo exercendo o papel de cuidador ($\rho = 0,01$; IC95% $[-0,23; 0,25]$; $p = 0,953$). Esse padrão sugere que os sintomas depressivos estiveram mais estreitamente relacionados à sobrecarga percebida pelo cuidador do que à duração objetiva do cuidado.

Tabela 2. Correlações de Spearman entre sintomas depressivos, sobrecarga do cuidador, duração do cuidado, resiliência e variáveis sociodemográficas.

Variável	1	2	3	4	5	6	7
1. HAM-D Total	1,000	0,391	0,229	-0,047	0,175	0,008	-0,073
2. Zarit Total	0,391	1,000	0,007	-0,335	0,104	-0,100	0,053
3. Tempo como cuidador	0,229	0,007	1,000	-0,091	0,277	-0,112	-0,234
4. Resiliência Total	-0,047	-0,335	-0,091	1,000	-0,083	0,097	0,043
5. Idade	0,175	0,104	0,277	-0,083	1,000	-0,283	0,121
6. Anos de estudo	0,008	-0,100	-0,112	0,097	-0,283	1,000	0,239
7. Renda (SM)	-0,073	0,053	-0,234	0,043	0,121	0,239	1,000

Fonte: Costa, 2026.

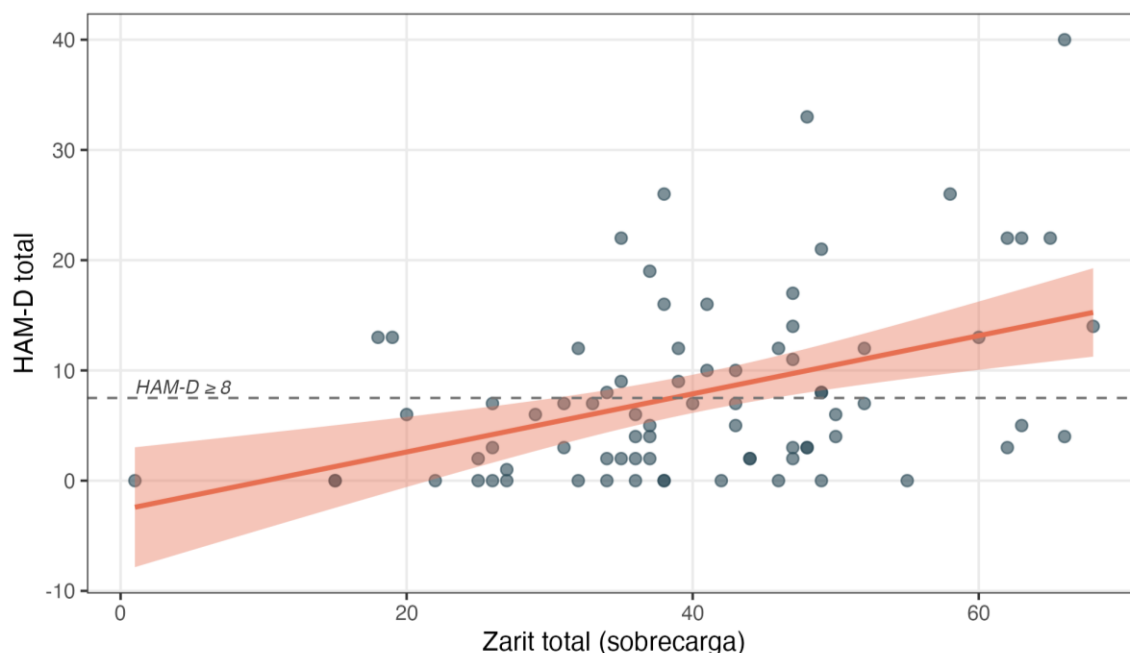
4.3 Sobrecarga do cuidador e gravidade dos sintomas depressivos

A sobrecarga do cuidador esteve positivamente associada à gravidade dos sintomas depressivos em todos os modelos hierárquicos de regressão linear (Tabela 3, Painel A1; Figura 1). Conforme ilustrado na Figura 1, escores mais elevados no *Zarit Burden Interview* estiveram associados a escores mais elevados na HAM-D, em concordância com a correlação bivariada previamente descrita (ρ de Spearman = 0,39; IC95% [0,18; 0,57]; $p < 0,001$).

No modelo não ajustado, cada incremento de um ponto no escore total do Zarit esteve associado a um aumento de 0,264 ponto no escore total da HAM-D (IC95% [0,133; 0,395]; $p < 0,001$). Essa associação permaneceu praticamente inalterada após o ajuste para idade, sexo, anos de escolaridade e renda ($\beta = 0,255$; IC95% [0,130; 0,379]; $p < 0,001$). No modelo de sensibilidade, adicionalmente ajustado para diagnósticos prévios de depressão e ansiedade, o escore total do Zarit continuou significativamente associado ao escore total da HAM-D ($\beta = 0,256$; IC95% [0,107; 0,406]; $p = 0,001$). Nenhuma das covariáveis sociodemográficas ou dos diagnósticos psiquiátricos prévios apresentou associação independente com o escore total da HAM-D nos modelos ajustados.

Os indicadores de ajuste dos modelos foram consistentes com a hipótese de que a sobrecarga do cuidador explica uma proporção significativa da variabilidade na gravidade dos sintomas depressivos. O modelo não ajustado explicou 17,5% da variância do escore total da HAM-D, enquanto o modelo ajustado para variáveis sociodemográficas explicou 23,6% dessa variância. O modelo de sensibilidade totalmente ajustado explicou 21,8% da variância, embora tenha apresentado menor R^2 ajustado, provavelmente em decorrência do menor número de casos completos disponíveis para análise e da inclusão de covariáveis clínicas adicionais.

Figura 1. Associação entre a sobrecarga do cuidador e a gravidade dos sintomas depressivos.



Fonte: Costa, 2026.

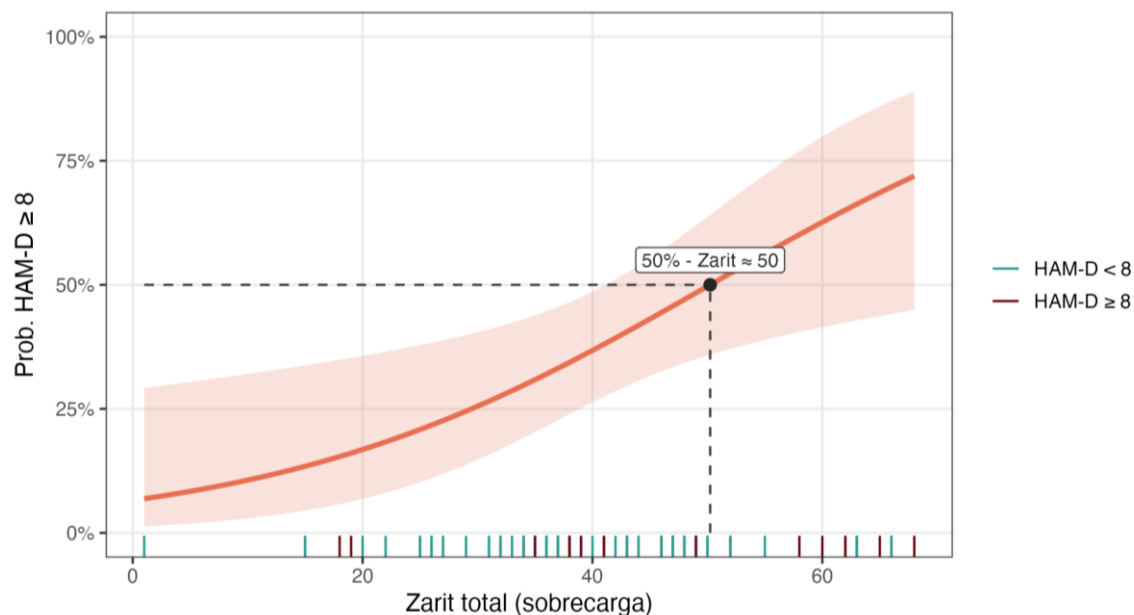
4.4 Sobrecarga do cuidador e sintomas depressivos clinicamente relevantes

Maior sobrecarga do cuidador também esteve associada a maiores chances de apresentar sintomas depressivos clinicamente relevantes, definidos como $HAM-D \geq 8$ (Tabela 3, Painel A2; Figura 2). No modelo de regressão logística não ajustado, cada incremento de um ponto no escore total do *Zarit Burden Interview* esteve associado a um aumento de 5,4% nas chances de apresentar sintomas depressivos clinicamente relevantes ($OR = 1,054$; $IC95\% [1,013; 1,097]$; $p = 0,010$). Essa associação permaneceu significativa após o ajuste para idade, sexo e anos de escolaridade ($OR = 1,052$; $IC95\% [1,008;$

1,098]; $p = 0,019$). Idade, sexo e anos de escolaridade não apresentaram associação independente com sintomas depressivos clinicamente relevantes no modelo ajustado. Entretanto, o sexo feminino apresentou uma associação de grande magnitude, embora com baixa precisão, com HAM-D ≥ 8 (OR = 3,941; IC95% [0,891; 17,432]; $p = 0,071$).

A classificação cruzada entre os grupos de sobrecarga e o status de sintomas depressivos revelou um padrão semelhante. Entre os cuidadores com elevada sobrecarga, 18 dos 36 participantes (50,0%) atingiram o ponto de corte HAM-D ≥ 8 , em comparação com 12 dos 42 participantes (28,6%) classificados com sobrecarga moderada. Por outro lado, metade dos cuidadores com elevada sobrecarga não atingiu o ponto de corte da HAM-D, sugerindo que a sobrecarga do cuidador e os sintomas depressivos clinicamente relevantes apresentaram considerável sobreposição, embora não representam o mesmo construto.

Figura 2. Probabilidade predita de sintomas depressivos clinicamente relevantes de acordo com a sobrecarga do cuidador.



Fonte: Costa, 2026.

4.5 Duração do cuidado e gravidade dos sintomas depressivos

Modelos secundários investigaram se a duração objetiva do cuidado estava associada à gravidade dos sintomas depressivos ou à sobrecarga do cuidador (Tabela 3, Painel B). O tempo exercendo o papel de cuidador não apresentou associação significativa com o escore total da HAM-D ($\beta = 0,387$; IC95% $[-0,081; 0,855]$; $p = 0,104$) nem com o escore total do *Zarit Burden Interview* ($\beta = 0,171$; IC95% $[-0,577; 0,919]$; $p = 0,650$). No modelo que incluiu simultaneamente a duração do cuidado e a sobrecarga do cuidador, o tempo exercendo o papel de cuidador permaneceu sem associação significativa com o escore total da HAM-D ($\beta = 0,343$; IC95% $[-0,088; 0,774]$; $p = 0,117$), enquanto o escore total do *Zarit Burden Interview* permaneceu significativamente associado à gravidade dos sintomas depressivos ($\beta = 0,258$; IC95% $[0,125; 0,391]$; $p < 0,001$). Esses achados sugerem que a gravidade dos sintomas depressivos esteve mais consistentemente relacionada à sobrecarga subjetiva do cuidador do que à duração objetiva do cuidado.

Tabela 3. Modelos de regressão examinando a sobrecarga do cuidador, a duração do cuidado e os sintomas depressivos.

Modelo	Variável	Tipo	Estimativa (IC95%)	p
Painel A – Associação entre sobrecarga e sintomas depressivos				
A1. HAM-D total ~ Zarit	Zarit Total	β	0,264 (0,133 a 0,395)	<0,001
Modelo ajustado ¹	Zarit Total	β	0,255 (0,130 a 0,379)	<0,001
	Idade	β	0,085 (-0,073 a 0,243)	0,288
	Sexo feminino	β	0,341 (-3,881 a 4,563)	0,872
	Anos de estudo	β	0,322 (-0,155 a 0,799)	0,182
Modelo de sensibilidade ²	Renda	β	-0,490 (-1,360 a 0,380)	0,265
	Zarit Total	β	0,256 (0,107 a 0,406)	0,001
	Idade	β	0,114 (-0,075 a 0,304)	0,232
	Sexo feminino	β	-0,095 (-5,209 a 5,018)	0,970
	Anos de estudo	β	0,364 (-0,188 a 0,916)	0,192
	Renda	β	-0,605 (-1,726 a 0,516)	0,284

	Diagnóstico prévio de depressão	β	-0,676 (-5,220 a 3,867)	0,767
	Diagnóstico prévio de ansiedade	β	1,316 (-3,240 a 5,872)	0,565
A2. HAM-D $\geq$ 8 ~ Zarit	Zarit Total	OR	1,054 (1,013–1,097)	0,010
Modelo ajustado ¹	Zarit Total	OR	1,052 (1,008–1,098)	0,019
	Idade	OR	1,039 (0,991–1,089)	0,113
	Sexo feminino	OR	3,941 (0,891–17,432)	0,071
	Anos de estudo	OR	1,027 (0,902–1,169)	0,687

Painel B – Modelos secundários

T1. HAM-D ~ Tempo como cuidador	Tempo como cuidador	β	0,387 (-0,081 a 0,855)	0,104
T2. Zarit ~ Tempo como cuidador	Tempo como cuidador	β	0,171 (-0,577 a 0,919)	0,650
T3. HAM-D ~ Tempo + Zarit	Tempo como cuidador	β	0,343 (-0,088 a 0,774)	0,117
	Zarit Total	β	0,258 (0,125 a 0,391)	<0,001

Fonte: Costa, 2026.

5 DISCUSSÃO

A presente pesquisa investigou se os sintomas depressivos entre cuidadores familiares de idosos com DA estavam mais fortemente associados à experiência subjetiva de sobrecarga do cuidador do que à duração objetiva do cuidado. De modo geral, os resultados demonstraram uma associação consistente entre níveis mais elevados de sobrecarga do cuidador e maior gravidade dos sintomas depressivos. Os escores totais do *Zarit Burden Interview* apresentaram correlação positiva com os escores totais da HAM-D, e essa associação permaneceu significativa nos modelos não ajustados, ajustados para variáveis sociodemográficas e nos modelos de sensibilidade com ajuste para variáveis clínicas. Além disso, a sobrecarga do cuidador esteve associada a maiores chances de apresentar sintomas depressivos clinicamente relevantes, definidos como HAM-D ≥ 8 . Em contraste, o tempo exercendo o papel de cuidador não apresentou associação significativa nem com a gravidade dos sintomas depressivos nem com a sobrecarga do cuidador, permanecendo sem significância mesmo após o ajuste para o escore total do *Zarit Burden Interview*. Em conjunto, esses achados sugerem que os sintomas depressivos em cuidadores podem estar mais estreitamente relacionados à sobrecarga percebida do que ao tempo despendido no exercício do papel de cuidador, ressaltando a importância clínica da avaliação da sobrecarga subjetiva na identificação de cuidadores em risco para depressão.

Os resultados encontrados reforçam a compreensão de que a experiência de cuidar de uma pessoa com Doença de Alzheimer envolve um conjunto de demandas que ultrapassam o tempo cronológico dedicado ao cuidado, estando fortemente relacionadas à forma como o cuidador percebe e vivencia as

exigências físicas, emocionais, sociais e cognitivas inerentes a esse processo. A ausência de associação entre o tempo de exercício do papel de cuidador e os sintomas depressivos sugere que a permanência prolongada na função, por si só, não constitui fator suficiente para explicar o sofrimento psíquico. Em contrapartida, a percepção subjetiva da sobrecarga mostrou-se consistentemente associada à maior intensidade dos sintomas depressivos, indicando que aspectos relacionados à qualidade da experiência de cuidar parecem exercer influência mais relevante sobre a saúde mental do que a duração objetiva dessa atividade.

Essa interpretação está em consonância com o modelo transacional do estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual os efeitos psicológicos dos eventos potencialmente estressores dependem menos da exposição objetiva ao estressor e mais da avaliação cognitiva do indivíduo acerca de sua capacidade de lidar com as demandas impostas pelo contexto. Sob essa perspectiva, dois cuidadores submetidos a condições semelhantes podem experimentar níveis distintos de sofrimento emocional, dependendo da percepção dos recursos pessoais, do suporte social disponível, das estratégias de enfrentamento e do significado atribuído ao cuidado. Dessa forma, a sobrecarga do cuidador representa um construto multidimensional que incorpora não apenas a quantidade de tarefas desempenhadas, mas também o impacto subjetivo dessas responsabilidades sobre diferentes dimensões da vida cotidiana.

Os achados também corroboram as evidências acumuladas na literatura internacional que apontam a sobrecarga como um dos principais determinantes da saúde mental dos cuidadores familiares de pessoas com demência. Revisões sistemáticas e metanálises têm demonstrado associação consistente entre níveis mais elevados de sobrecarga e aumento da prevalência de sintomas depressivos, ansiedade e estresse psicológico, bem como redução da qualidade de vida, independentemente do estágio da doença ou do tempo de exercício do cuidado (Pinquart; Sörensen, 2003; Del-Pino-Casado et al., 2019). Embora a progressão clínica da Doença de Alzheimer imponha demandas crescentes ao cuidador, estudos sugerem que a intensidade do sofrimento psicológico decorre principalmente da interação entre essas demandas e os recursos individuais

disponíveis para enfrentá-las, incluindo suporte familiar, condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e estratégias adaptativas de coping.

Os resultados obtidos também dialogam com pesquisas conduzidas especificamente com cuidadores de pessoas com DA no contexto brasileiro. Pereira e Soares (2015) observaram que a qualidade de vida dos cuidadores é fortemente influenciada pela percepção de sobrecarga, sendo os aspectos emocionais, sociais e econômicos determinantes importantes para o adoecimento psicológico. De maneira semelhante, Ilha et al. (2024) ressaltam que o impacto do cuidado extrapola as demandas práticas da assistência diária, afetando profundamente a organização da vida familiar, as relações interpessoais e o bem-estar emocional dos cuidadores. Esses estudos reforçam a compreensão de que o sofrimento associado ao cuidado deve ser entendido como um fenômeno multifatorial, cuja intensidade não depende exclusivamente da duração do cuidado, mas, sobretudo, da forma como esse cuidado é vivenciado.

Além dos aspectos psicossociais, a relação entre condições neurodegenerativas e sintomas depressivos também pode envolver mecanismos neurobiológicos compartilhados. Estudos têm apontado a participação de alterações neuroquímicas, neuroinflamatórias, de estresse oxidativo e de fatores relacionados à plasticidade neuronal na interface entre transtornos depressivos e doenças neurodegenerativas (Réus et al., 2016).

Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que a associação entre sobrecarga e sintomas depressivos permaneceu significativa mesmo após o ajuste para variáveis sociodemográficas e clínicas. Esse resultado sugere que a sobrecarga percebida exerce influência independente sobre a saúde mental do cuidador, não sendo completamente explicada por fatores como idade, sexo ou escolaridade. Tal achado reforça a importância da utilização rotineira de instrumentos padronizados para avaliação da sobrecarga, como a Zarit Burden Interview, durante o acompanhamento de cuidadores familiares, permitindo a identificação precoce daqueles com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Sob a perspectiva clínica, esses resultados têm implicações relevantes para a organização da assistência em saúde. Tradicionalmente, grande parte das intervenções concentra-se quase exclusivamente na pessoa com demência, enquanto as necessidades emocionais do cuidador permanecem frequentemente subestimadas. Entretanto, considerando que a sobrecarga mostrou associação consistente com sintomas depressivos, torna-se fundamental incorporar a avaliação sistemática do cuidador aos serviços especializados em geriatria, neurologia, psiquiatria e atenção primária à saúde. Estratégias como programas psicoeducativos, grupos de apoio, treinamento em habilidades de enfrentamento, intervenções psicoterapêuticas e fortalecimento das redes formais e informais de suporte têm demonstrado benefícios na redução da sobrecarga percebida e na melhora dos indicadores de saúde mental dos cuidadores (Brodaty; Donkin, 2009; Cheng et al., 2020).

Outro aspecto que merece destaque é que a ausência de associação entre o tempo de cuidado e a sintomatologia depressiva sugere que o risco de adoecimento psicológico pode estar presente desde os estágios iniciais da experiência de cuidar. Isso implica que a identificação de cuidadores vulneráveis não deve se basear apenas na duração do cuidado, mas principalmente na avaliação contínua da sobrecarga percebida, da adaptação emocional e das condições de suporte disponíveis. Assim, intervenções precoces podem representar uma estratégia importante para prevenir a cronificação do sofrimento psicológico e reduzir impactos negativos sobre a qualidade de vida do cuidador e, conseqüentemente, sobre a qualidade da assistência prestada à pessoa com demência.

Os resultados deste estudo também reforçam a necessidade de compreender o cuidado familiar como um fenômeno biopsicossocial complexo. A Doença de Alzheimer não afeta exclusivamente a pessoa diagnosticada, mas também produz repercussões que se estendem a todo o sistema familiar, modificando papéis sociais, relações afetivas, rotinas domésticas e perspectivas futuras. Nesse contexto, a depressão observada em parte dos cuidadores pode ser compreendida como manifestação de um processo contínuo de adaptação a

perdas sucessivas, à sobrecarga emocional e às exigências crescentes impostas pela progressão da doença. Essa interface entre demência e depressão também encontra respaldo em evidências experimentais que apontam para a participação de processos neuroinflamatórios compartilhados entre condições neurodegenerativas e manifestações depressivas, sugerindo que mecanismos biológicos podem coexistir com os fatores psicossociais envolvidos no adoecimento emocional (Zabot et al., 2024).

Consequentemente, políticas públicas voltadas ao cuidado em demências devem contemplar não apenas o tratamento da pessoa adoecida, mas também ações específicas destinadas à promoção da saúde mental dos cuidadores familiares, reconhecendo-os como sujeitos igualmente necessitados de atenção integral.

Diversas limitações devem ser consideradas na interpretação desses achados. Em primeiro lugar, o estudo adotou um delineamento transversal, o que impede estabelecer conclusões sobre a temporalidade ou relações de causalidade. Embora a sobrecarga do cuidador tenha apresentado associação consistente com os sintomas depressivos, os dados não permitem determinar se a sobrecarga contribui para o desenvolvimento desses sintomas, se os sintomas depressivos aumentam a percepção de sobrecarga ou se ambos são influenciados por fatores contextuais ou clínicos não mensurados. Em segundo lugar, o tamanho da amostra foi modesto, particularmente nos modelos ajustados e de sensibilidade, o que reduz o poder estatístico e aumenta a incerteza de algumas estimativas, como a associação entre sexo e sintomas depressivos clinicamente relevantes. Em terceiro lugar, a amostra foi composta predominantemente por mulheres e por cuidadores casados, o que pode limitar a generalização dos resultados para cuidadores do sexo masculino, para cuidadores que não sejam cônjuges, para cuidadores com menor disponibilidade de recursos familiares ou para populações com maior diversidade socioeconômica. Em quarto lugar, embora os modelos tenham sido ajustados para variáveis sociodemográficas selecionadas e para diagnósticos prévios de depressão e ansiedade, permanece a possibilidade de confundimento residual.

Fatores importantes, como a gravidade da demência da pessoa cuidada, os sintomas comportamentais e psicológicos da demência, o número de horas diárias dedicadas ao cuidado, a disponibilidade e a qualidade do suporte social, a utilização de serviços formais de assistência, o vínculo do cuidador com o paciente, a qualidade do sono e o tratamento antidepressivo em curso, não foram plenamente contemplados nos modelos analíticos. Em quinto lugar, os sintomas depressivos e a sobrecarga do cuidador foram avaliados por meio de instrumentos padronizados; entretanto, o ponto de corte da HAM-D utilizado para definir sintomas depressivos clinicamente relevantes deve ser interpretado como um indicador da gravidade dos sintomas, e não como um critério diagnóstico para transtorno depressivo maior.

Por fim, a duração do cuidado foi mensurada como o tempo dedicado ao papel de cuidador, uma medida que pode não captar integralmente a intensidade, a complexidade ou as demandas emocionais envolvidas no cuidado. Assim, essas limitações indicam que os resultados devem ser interpretados como evidências de uma associação robusta entre a sobrecarga percebida do cuidador e os sintomas depressivos, e não como evidências de que a sobrecarga cause depressão. Estudos longitudinais, com amostras maiores e mais heterogêneas, caracterização mais abrangente da intensidade do cuidado e avaliações repetidas dos sintomas depressivos, são necessários para esclarecer a direção dessas associações e identificar os cuidadores com maior risco ao longo do tempo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, este estudo sugere que os sintomas depressivos entre cuidadores familiares de idosos com DA estão mais estreitamente associados à experiência subjetiva de sobrecarga do cuidador do que à duração objetiva do exercício do cuidado. Escores mais elevados no *Zarit Burden Interview* estiveram consistentemente associados a maior gravidade dos sintomas depressivos e a maiores chances de apresentar sintomas depressivos clinicamente relevantes, mesmo após ajuste por fatores sociodemográficos e diagnósticos prévios de depressão e ansiedade.

Em contraste, o tempo despendido no exercício do papel de cuidador não apresentou associação independente com os sintomas depressivos nem com a sobrecarga do cuidador. Esses achados reforçam a importância da avaliação rotineira da sobrecarga percebida do cuidador em contextos clínicos e comunitários, uma vez que essa avaliação pode contribuir para a identificação de cuidadores com maior risco de desenvolver depressão e subsidiar a implementação oportuna de suporte psicossocial, de rastreamento em saúde mental e de intervenções centradas no cuidador.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *Diretrizes diagnósticas e terapêuticas em psiquiatria*. Brasília: ABP, 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADORES INFORMAIS (ANCI). Manual do cuidador informal. Lisboa: ANCI, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUDNI, J. et al. Behavioral and neurochemical effects of folic acid in a mouse model of depression induced by TNF- α . *Behavioural Brain Research*, v. 414, 113512, 2021. DOI: 10.1016/j.bbr.2021.113512.

CARVALHO, A. M.; SANTOS, R. C. O luto antecipatório em cuidadores familiares de pessoas com demência: implicações emocionais e psicossociais. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, e247628, p. 1–13, 2021.

COSTA, C. R.; NASCIMENTO, R. P. Avaliação de sintomas depressivos em cuidadores familiares: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 75–88, 2023.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

CUNHA, R. M.; BARROS, A. C. Impactos emocionais do cuidado em familiares de pacientes com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 26, n. 1, p. 1–12, 2023.

FERREIRA, A. P.; MARTINS, R. A. Sobrecarga e resiliência em cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. 321–330, 2022.

FERREIRA, A. L.; SOUZA, C. A. Resiliência e enfrentamento emocional em cuidadores familiares. *Revista de Psicologia Contemporânea*, v. 28, n. 1, p. 44–59, 2022.

GARCEZ, M. L. et al. Alzheimer's Disease associated with Psychiatric Comorbidities. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, v. 87, n. 2, supl., p. 1461–1473, 2015. DOI: 10.1590/0001-3765201520140716.

GUTIÉRREZ-SÁNCHEZ, B.; ORGETA, V.; LÓPEZ-MARTÍNEZ, C.; DEL-PINO-CASADO, R.. Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 12, n. 20, art. 6468, 2023. DOI: 10.3390/jcm12206468.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, v. 23, n. 1, p. 56–62, 1960.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeções da população do Brasil e das unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

ILHA, S.; CASARIN, F.; HUPPES, B.; GAUTÉRIO-ABREU, D. P.; FERNANDES, F.; MUNHOZ, O. L.. Gerontecnologias para auxiliar familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: pesquisa-ação estratégica. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 32, e84101, 2024.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escala de Hamilton (HAM-D) para depressão: tradução e adaptação para o português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 262–270, 1998.

NUNES, L. F.; FERREIRA, M. C. Gênero, cuidado e envelhecimento: uma análise sociopolítica do papel do cuidador familiar. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 25, n. 2, p. 67–83, 2022.

OLIVEIRA, L. S. et al. Cuidadores familiares de pacientes com Alzheimer: repercussões psicológicas e sociais do cuidado prolongado. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 42, p. 1–10, 2023.

OLIVEIRA, J. et al. Inflammatory Cascade in Alzheimer's Disease Pathogenesis: A Review of Experimental Findings. *Cells*, v. 10, n. 10, 2581, 2021. DOI: 10.3390/cells10102581.

PEREIRA, L. S.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.15632014.

PESCE, R. P. et al. Adaptação da Escala de Resiliência para o português. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 436–448, 2005.

RÉUS, G. Z. et al. Neurochemical correlation between major depressive disorder and neurodegenerative diseases. *Life Sciences*, v. 158, p. 121–129, 2016. DOI: 10.1016/j.lfs.2016.06.027.

QUEIROGA, A. V. I.; PEREIRA, C. L. O.; TIMÓTEO, M. L.; PEREIRA, C. L. O. Dificuldades e sobrecargas emocionais de cuidadores de idosos: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, v. 12, p. 1355-1367, 2025. DOI: 10.35621/23587490.v12.n1.p1355-1367.

SCORALICK-LIMA, J. S. Validação da Escala de Zarit no contexto brasileiro: implicações para avaliação da sobrecarga do cuidador. *Psico-USF*, v. 25, n. 4, p. 701–710, 2020.

SOUZA, C. A.; LIMA, D. P.; ALMEIDA, F. J. Saúde mental de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer: revisão integrativa. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 16, n. 2, p. 45–59, 2022.

TAVARES, F. M.; RIBEIRO, A. L. Políticas públicas e redes de apoio a cuidadores familiares no contexto do envelhecimento. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 13, n. 1, p. 54–72, 2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva: WHO, 2021.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, v. 1, n. 2, p. 165–178, 1993.

YUAN, Q.; TAN, T. H.; WANG, P.; POREMSKI, D.; ABDIN, E.; MAGADI, H.; GOVEAS, R.; NG, L. L.; SUBRAMANIAM, M.. A modified transactional model of stress and coping on depressive symptoms among informal caregivers of persons with dementia. **Scientific Reports**, Londres, v. 14, art. 27160, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-76339-4.

ZABOT, G. C. et al. The involvement of neuroinflammation in an animal model of dementia and depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, v. 133, 110999, 2024. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2024.110999.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, v. 20, n. 6, p. 649–655, 1980.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: avaliação dos níveis de sobrecarga e qualidade de vida do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer

Objetivo: Avaliar os níveis da sobrecarga e a qualidade de vida em cuidadores familiares de idosos com DA.

Período da coleta de dados: 02/05/2024 a 30/11/2024

Tempo estimado para cada coleta: 2 horas.

Local da coleta: Serão realizados a domicílio e/ou nas clínicas integradas da UNESC, no setor de psicologia com a sua autorização e assinatura do TCLE.

Pesquisador/Orientador: Josiane Budni

Telefone: (48) 9 9991-9132

Pesquisador/Mestranda: Rosiane Ronchi Nascimento Costa

Telefone: (48) 9 9682-7507

Pós graduanda no programa de pós graduação em Ciências da Saúde (PPGCS)

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Os participantes serão avaliados através de entrevistas individuais, previamente agendadas em domicílio ou logo após a reunião do grupo Bem Viver com Alzheimer na UNESC. Serão aplicados o questionário sociodemográfico e instrumentos validados de aplicação breve: escala de Zarit Burden Interview (ZBI), a Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA), escalas de Depressão e Ansiedade de Hamilton, escala de Resiliência e qualidade de vida-WHOQOL-BREF. Estima-se que em média 2 horas para aplicação dos instrumentos. Será realizada coleta de sangue, por um profissional da enfermagem devidamente treinado e experiente, para avaliar biomarcadores (cortisol e BDNF), no mesmo dia agendado para a avaliação e antes da avaliação, a fim de evitar desistências.



Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

RISCOS

O processo de avaliação não oferece riscos para os participantes. O único risco do estudo envolve a coleta de sangue, em que é um procedimento invasivo. Porém, o profissional que fará a coleta de sangue será um profissional experiente e devidamente treinado para o projeto.

BENEFÍCIOS

Desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento dos cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer, contribuindo para as políticas públicas na área da saúde.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS

Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
_____ Assinatura Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	_____ Assinatura Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), 16 de ABRIL de 2024.

APÊNDICE B – Questionário para Coleta de Dados Sociodemográficos e de Saúde

Número do questionário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

1 Identificação do Cuidador

Nome: _____ Iniciais: _____

Endereço: _____

Relação de parentesco com o idoso: _____ Tempo
que

exerce a função de cuidador: _____

Telefone para contato: () _____

2 Variáveis

a) demográficas

- Sexo (1) masculino (2) feminino
- Data de nascimento: _____
- Idade: _____
- Naturalidade: _____ Estado: _____ País: _____
- Número total de filhos vivos: (0) nenhum _____ filhos

b) Sociais e econômicas

- Profissão: (1) aposentado (2) outra: especifique _____
- Escolaridade: (0) analfabeto/sem escolaridade (1) primário Incompleto (2)
Primário completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo
(5) superior incompleto (6) superior completo (7) outro:
especifique _____

- Anos de Estudo: _____
- Estado civil: (1) solteiro(a) (2) viúvo(a) (3) divorciado(a) (4) casado(a)
- Religião: (1) sim (2) não Qual: _____
- Reside: (0) sozinho (2) cônjuge (3) familiar (filhos) (4) familiar (irmãos) (5) amigos
(6) outros
- Participa de alguma atividade na comunidade:
(1) sim especifique _____ (2) não
- Já exerceu o papel de cuidador anteriormente:
sim (1) especifique : _____ não (2)
- Renda familiar :
(1) até 1 salário mínimo (2) de 1 a 2 salários (3) de 3 a 4 salários (4) de 5
a 6 salários (5) de 7 a 8 salários (6) de 9 a 10 salários (7) mais de 10 salários
- Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária: (0) nenhum
(1) saúde (2) econômico (3) pessoal (4) familiar

c) Étnicos

- Cor da pele declarada:
(1) branca (2) ameríndia (3) mestiça (4) amarela
- Feições
Étnicas (pesquisador): (1) caucasiana (2) indígena (3) afrodescendente (4) oriental
(5) não sabe

d) Dados Clínicos

- Em sua opinião você diria que sua saúde é:

(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Ruim (5) Muito Ruim

- Comorbidades clínicas:

Hipertensão Arterial Sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes(1) sim (2) não

Cardiopatias (1) sim (2) não Já infartou? Não (2) Sim (1) qtas vezes: ()

Distúrbios Endócrinos:hipotireoidismo sim(1) não (2) hipertireoidismo
sim(1)não(2)

Transtornos psiquiátricos: depressão () ansiedade () outros:_____

Outras(1) sim (2)não

- Faz uso de alguma medicação: (1) sim (2) não

- Vitaminas e suplementos (1) sim (2) não; pílulas para pressão (1) sim (2) não; não

antibióticos (1) sim (2); não insulina (1) sim (2); tranquilizantes (1) sim (2) não; não

relaxantes musculares(1) sim (2); outros (1) sim (2) não; outros:_____

- Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença:

Especificar:_____

(1)sim (2) não qual?

- Prática algum tipo de atividade física:

(1) sim(2) não qual?_____ frequência:_____

- Você já fumou? (1) sim (2) não (obs.: se não vá para questão etilismo)

- Você ainda fuma: (1) sim (2) não

- Etilismo:

Você faz uso de bebida alcoólica? (1) sim (2) não

Tipo: Destilado (1) sim (2) não; Fermentado (1) sim (2) não

- Escala de Sonolência de EPWORTH

Qual - a probabilidade de você cochilar ou adormecer nas situações abaixo e

não apenas sentir-se cansado?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos Tempos.

Mesmo que não tenha passado por alguma dessas situações ultimamente tente imaginar como é que elas o afetariam. Use a escala que se segue para escolher o número Qual - a probabilidade de você cochilar ou adormecer nas situações abaixo e não apenas sentir-se cansado? mais apropriado para cada situação:

0-nenhuma probabilidade de pegar no sono 1- ligeira probabilidade de pegar

no sono 2- moderada probabilidade de pegar no sono 3- forte probabilidade

de pegar no sono

Probabilidade de pegar no sono		
Sentado lendo um livro		
Sentado vendo televisão Sentado inativo em lugar público(Ex: sala de espera, cinema, reunião)		
Como passageiro num carro durante uma hora sem parada		
Deitado descansando à tarde quando as circunstâncias permitem		
Sentado conversando com alguém Sentado calmamente após um almoço sem ter bebido álcool Ao volante parado no trânsito durante alguns minutos		

- Você já realizou consulta com neurologista:

(1) sim Especifique motivo: _____ (2) não

- Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações.

(1) Sim (2) Não

- Em sua opinião essa perda de memória ocorre:

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Raramente (4) Nunca

- História familiar positiva para:

Doença cardiovascular prematura (Infarto Agudo do Miocárdio ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino):

(1) sim(2) não(3) não sei

Hipertensão arterial sistêmica:(1) sim(2) não(3) não sei

Diabetes mellitus tipo II:(1) sim(2) não(3) não sei

Doença tireoidiana:(1) sim(2) não(3) não sei

Câncer de cólon:(1) sim(2) não(3) não sei

Câncer de mama:(1) sim(2) não(3) não sei

Câncer de próstata:(1) sim(2) não(3) não sei

Osteoporose/Fratura de fragilidade :(1) sim(2) não(3) não sei

Depressão:(1) sim(2) não(3) não sei

Demência:(1) sim(2) não(3) não sei

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ACEITE CEP



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 7.863.436

CAAE: 92256125.0.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Josiane Budni

Pesquisador(a): Sirlei Manoel do Canto

Título: AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de outubro de 2025.



Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30

ANEXO B – Versão Brasileira do Zarit Burden Interview**VERSÃO BRASILEIRA DO ZARIT BURDEN INTERVIEW**

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira: nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

S* refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista o entrevistador usa o nome desta pessoa. S** item (22) as respostas são: nem um pouco(0), um pouco(1), moderadamente (3), muito(3), extremamente(4)

1-O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele/ela necessita?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

2-O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, não tem tempo suficiente para si mesmo/a?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

3-O Sr/Sra se sente estressado/a entre de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente(3) sempre (4)

4-O Sr/Sra se sente envergonhado/a com o comportamento de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

5- O Sr/Sra se sente irritado/a quando S está por perto?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

6- O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

7- O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

8- O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

9- O Sr/Sra se sente tenso quando S está por perto?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

10- O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

11- O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

12- O Sr/Sra sente que sua vida social tem sido prejudicada O Sr/Sra sente porque Sr/Sra está cuidando de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

13- O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

14- O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se fosse a única pessoas de quem ele/ela pode depender?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

15- O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

16- O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito tempo?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

17- O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

18- O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

19- O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer com S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

20- O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

21- O Sr/Sra sente que pode cuidar melhor de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

22- De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado/a por cuidar de S?

nem um pouco(0), um pouco(1), moderadamente (3), muito(3), extremamente(4)

ANEXO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

Nome do cuidador: _____

Sexo: _____

Idade: _____ **Data Avaliação:** ____/____/____

1-HUMOR DEPRIMIDO

0.Ausente

1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado
- 2.Sentimentos relatados espontaneamente com palavras
- 3.Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro
- 4.Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente

2-SENTIMENTOS DE CULPA

0.ausente

- 1.Auto-recriminação;sente que decepcionou os outros
- 2.Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más Ações
- 3.A doença atual é um castigo. Delírio de culpa
- 4.Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3-SUICÍDIO

0.Ausente

- 1.Sente que a vida não vale a pena
- 2.Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte
- 3.Idéias ou gestos suicidas
4. Tentativa de suicídio(qualquer tentativa séria)

4-INSÔNIA INICIAL

0.Sem dificuldade

- 1.Tem alguma dificuldade ocasional
- 2.Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites

5-INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0.Sem dificuldade

- 1.Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite
- 2.Acorda à noite;qualquer saída da cama (exceto para urinar)

6-INSÔNIA TARDIA

0.Sem dificuldade

- 1.Acorda de madrugada
- 2.Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama

7-TRABALHOS E ATIVIDADES

0.Sem dificuldade

- 1.Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; passatempos ou trabalho
- 2.Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho)-quer diretamente relatada pela paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação(sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades)
- 3.Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade.
*No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3 h em atividades externas(passatempos ou trabalho hospitalar)
- 4.Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio.

8-RETARDO

0.Pensamento e fala normais

1. Leve retardo durante a entrevista
2. Retardo óbvio à entrevista
3. Estupor completo

9-AGITAÇÃO

0. Nenhuma
1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc
2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10-ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem ansiedade
1. Tensão e irritabilidade subjetivas
2. Preocupação com trivialidades
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala
4. Medos expressos sem serem inquiridos

11-ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaleia, hiperventilação, suspiros, sudorese, frequência urinária)

0. Ausente
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

12-SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum
1. Peda do apetite, mas alimenta-se involuntariamente; sensações de peso no abdômen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13-SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum
1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgia. Perda de energia e cansaço
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2

14-SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, sintomas menstruais)

0. Ausentes
1. Leves distúrbios menstruais
2. Intensos

15-HIPOCONDRIA

0. Ausentes
1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc
4. Idéias delirantes hipocondríacas

16-PERDA DE PESO

(marcar A ou B; A- pela história; B- pela avaliação semanal do psiquiatra responsável)

A.

0. sem perda de peso
1. provável perda de peso da doença atual
2. Perda de peso definida

B

0. menos de 0,5kg de perda por semana
1. mais de 0,5kg de perda por semana
2. mais de 1Kg de perda por semana

17-CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

0. Reconhece que está deprimido e doente
1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de

trabalho, a vírus, a necessidade de repouso

2.Nega estar doente

18-VARIAÇÃO DIURNA (se há variação dos sintomas pela manhã ou à noite; caso não haja variação, marcar 0) 0.Ausentes

1.Leve

2.Grave

19-DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO (idéias niilistas, sensações de irrealidade)

0.Ausentes

1.leves

2.Moderadas

3.Graves

4.Incapacitantes

20-SÍNTOMAS PARANOIDES

0.Ausentes

1.Desconfiança

2.Idéias de referência

3.Delírio de referência e perseguição

21-SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0.Nenhum

1.Leves

2.Graves

ESCORE TOTAL=_____ PONTOS

ANEXO D - ESCALA DE RESILIÊNCIA

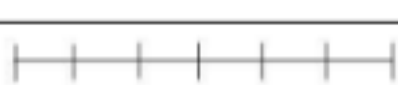
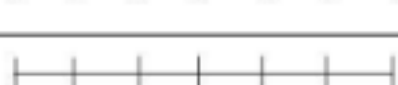
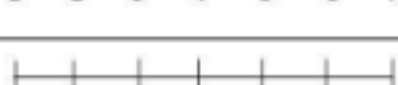
ESCALA DE RESILIÊNCIA

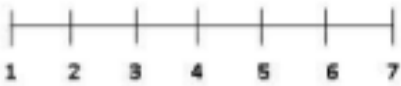
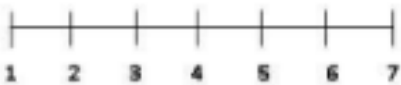
Wagnild e Young(1993), validada por Pesce et al 2005

Nome: _____

Data: ____/____/____

Nem concordo e nem discordo	
Discordo Totalmente 1 2 3 4 Concordo Totalmente 5 6 7 8	
1. Quando eu faço planos, eu prossigo com eles (até o fim) (eu corro atrás deles)	
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa (contar comigo)	
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim (pelas coisas)	
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	
7. Eu normalmente consigo as coisas sem muita preocupação	

8. Eu sou amigo de mim mesmo	
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	
10. Eu sou determinado	
11. Eu raramente procuro saber a razão das coisas	
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	
13. Eu posso superar momentos difíceis porque eu passei por dificuldades antes	
14. Eu tenho auto-disciplina	
15. Eu me mantenho interessado nas coisas	
16. Eu normalmente posso achar um motivo para rir	
17. Minha crença em mim mesmo me faz superar momentos difíceis	
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em que as pessoas podem contar	

19. Eu sempre olho para uma situação de maneiras diferentes	
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	
21. Minha vida tem sentido	
22. Eu não me fixo em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que preciso fazer	
25. Tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim	