

DECLÍNIO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NO ALZHEIMER: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM CUIDADORES SOB A ÓTICA COMPORTAMENTAL

DECLINE OF EXECUTIVE FUNCTIONS IN ALZHEIMER'S DISEASE: PSYCHOLOGICAL REPERCUSSIONS ON CAREGIVERS FROM A BEHAVIORAL PERSPECTIVE

ROBERTO CARLOS RODRIGUES¹

RENATA MASSALAI²

RESUMO

Estudos recentes indicam que a Doença do Alzheimer é, na atualidade, uma das causas mais comuns de Demência, registrando cerca de 60% a 70% dos casos diagnosticados, com incidência maior na população em processo de envelhecimento, pois nessa fase do desenvolvimento humano ocorre a prevalência de casos de doenças crônicas e neurodegenerativas. Estima-se que no Brasil 2,71 milhões de idosos, com 60 anos ou mais, convivam com a Demência, podendo alcançar em 2050 cerca de 5,6 milhões. Frente a estes dados, o presente estudo tem por objetivo analisar, por meio de uma pesquisa qualitativa e exploratória, com base em um estudo de caso, níveis de sobrecarga de familiares cuidadores informais, mediante ao cuidado do idoso com Doença de Alzheimer, pois a dependência que a doença causa, resulta em desafio significativo para os familiares. A metodologia utilizada foi uma entrevista semiestruturada, com 27 perguntas incluindo dados pessoais e rotina dos cuidadores, Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, análise documental, além de questionário contendo 28 perguntas sobre o diagnóstico do paciente e o processo de cuidado. A amostra da pesquisa foi de 4 filhos e a esposa de um idoso de 80 anos com doença de Alzheimer. Os resultados apontaram níveis de sobrecarga entre leve e moderado nos entrevistados, onde as preocupações giravam em torno do agravamento da doença e de não conseguir cuidar adequadamente. Isso indica a necessidade de acompanhamento multidisciplinar com os cuidadores e pacientes, em vista de proporcionar a ambos bem-estar físico e mental.

Palavras-chave: Demência; Alzheimer; Envelhecimento; Cuidadores Familiares; Sobrecarga Emocional.

¹ Graduando do curso de Psicologia do Centro Universitário Salesiano – UNISALES - Vitória/ES, Brasil.
E-mail: robertocarlosrodrigues292@gmail.com

² Orientadora do curso de Psicologia do Centro Universitário Salesiano – UNISALES - Vitória/ES, Brasil.
E-mail: renata.massalai@salesiano.br

ABSTRACT

Recent studies indicate that Alzheimer's disease is currently one of the most common causes of dementia, accounting for approximately 60% to 70% of diagnosed cases, with a higher incidence among the aging population. This is due to the prevalence of chronic and neurodegenerative diseases in this stage of human development. It is estimated that in Brazil, 2.71 million elderly individuals aged 60 or over are living with dementia, a number that could reach approximately 5.6 million in 2050. In light of these data, the present study aims to analyze, through a qualitative and exploratory approach based on a case study, the levels of burden experienced by informal family caregivers responsible for elderly individuals with Alzheimer's disease. The dependency caused by the disease poses a significant challenge for family members. The methodology employed consisted of a semi-structured interview comprising 27 questions, including personal data and caregiver routines, the Zarit Burden Interview Scale, document analysis, and a questionnaire with 28 questions related to the patient's diagnosis and care process. The research sample included four children and the wife of an 80-year-old elderly man diagnosed with Alzheimer's disease. The results indicated caregiver burden levels ranging from mild to moderate, with concerns primarily centered on the progression of the disease and the perceived inadequacy in providing proper care. These findings highlight the need for multidisciplinary support for both caregivers and patients, aiming to promote physical and mental well-being for all parties involved.

Keywords: *Dementia; Alzheimer's; Aging; Family caregivers; Emotional burden*

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é na atualidade uma das causas mais comuns de demência, registrando cerca de 60% a 70% dos casos diagnosticados em comparação com as outras formas de demência com maior incidência, a saber: a demência vascular, corpos de Lewy e frontotemporal (Portugal; Coelho; Gonçalves, 2020). Mesmo podendo ser diagnosticada em todas as faixas etárias, a sua maior incidência é na população em processo de envelhecimento, pois nessa fase do desenvolvimento humano ocorre a prevalência de casos de doenças crônicas e neurodegenerativas, com destaque para a demência (Polizio; Marçal, 2025).

Em linhas gerais, a DA pode ser descrita como uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva que resulta em uma série de perdas na maneira em que o indivíduo lida com as pessoas e a realidade a sua volta, causando o afinamento das funções executivas a partir da progressão do quadro clínico (Bonifácio et al., 2023).

De acordo com Schilling (2022), a ocorrência para a origem da DA pode ser classificada em dois princípios de risco, o fator ambiental e genético. O primeiro tem ligação com o que classificou de formas esporádicas, sendo o envelhecimento a principal característica predisponente. Seguido de possíveis fatores como o baixo nível educacional, hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo, histórico de traumatismo craniano, sintomas depressivos, tabagismo, perda auditiva e isolamento social, todos passíveis de intervenção e prevenção.

O segundo princípio tem relação com causas mais técnicas, isto é, mudanças que ocorrem no cérebro (Bonifácio et al., 2023), por exemplo, as alterações nos genes que codificam a proteína precursora do amiloide (APP), a presenilina 1 (PSEN1) e a presenilina 2 (PSEN2), modificações estas reconhecidas em aproximadamente 70% dos casos de Alzheimer familiar precoce, na maioria das vezes relacionados por dano considerável da memória episódica, ou seja, compreendida como a forma usual da perda de memória, passível de observação em cerca de 85% dos casos (Schilling et al., 2022).

No entanto, se nota variações incomuns da doença em que os sinais demenciais iniciais aparecem em outras funções cognitivas, como linguagem, percepção visuoespacial, habilidades motoras complexas ou funções executivas (Schilling et al., 2022). No contexto brasileiro, em relação ao quadro demencial diagnosticado por DA, uma pesquisa de Souza et al. (2020), desenvolvida em um hospital privado na região sul, avaliou a partir da forma clínica da doença a iminência de demência em pacientes atendidos no serviço de saúde. Os resultados evidenciaram que a DA se manifestou como a forma mais preponderante de demência em 68,8% dos diagnósticos.

O estudo também demonstrou que a doença tem maior prevalência com o aumento da idade (Brasil, 2022), afetando 3% da população aos 70 anos e até 25% aos 85 anos. Nesse quadro estático as mulheres lideram os diagnósticos com demência, enquanto os homens apresentaram início mais precoce da doença, em média por volta dos 68 anos (Souza et al., 2020).

A propósito desses dados, o Ministério da Saúde publicou o Relatório Nacional sobre a Demência, que indica que aproximadamente 8,5% da população com 60 anos ou mais convivem com a doença, o que equivale em média de 2,71 milhões de casos no

país. Projeções apontam que até 2050, esse número poderá alcançar 5,6 milhões de pessoas diagnosticadas com demência (Brasil, 2024).

Em vista desse futuro cenário, destaca-se a importância do diagnóstico precoce da DA e do acompanhamento clínico da população idosa (Brasil, 2022), pois a dependência funcional que a doença impõe, resulta em desafios significativos para os familiares que assumem em grande parte o papel de cuidadores (Mattos; Kovács, 2020). Uma vez que as tarefas da função de cuidador estão constantemente associadas a impactos negativos consideráveis, notadamente quanto às alterações na rotina de vida, possíveis dificuldades financeiras e agravamentos na saúde física e mental (Mattos; Oliveira; Novelli, 2020).

Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar, à luz da Análise do Comportamento conforme Marin, Faleiros e Moraes (2020), os impactos emocionais e psicológicos vivenciados por cuidadores familiares de idosos diagnosticados com DA. Busca-se compreender como o exercício contínuo do cuidado influencia o bem-estar desses indivíduos, afetando não apenas sua saúde mental, mas também a qualidade da assistência prestada. A investigação propõe-se a identificar as emoções predominantes e as alterações psicológicas mais recorrentes entre os cuidadores, frequentemente associadas ao progressivo declínio das funções executivas dos idosos com DA (Teles et al., 2023).

Além disso, pretende-se analisar de que maneira o comprometimento com o autocuidado impacta as relações familiares e interfere nas práticas cotidianas de cuidado. Por fim, será explorado quais estratégias têm sido adotadas por esses cuidadores para lidar com os desafios emocionais e psicológicos que emergem no contexto da convivência diária com a doença e da sobrecarga inerente à função de cuidar (Santos et al., 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FATORES NEUROBIOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na 5ª versão revisada (DSM-5-TR), a DA é compreendida como um Transtorno Neurocognitivo Maior, quando ocorre dano expressivo na cognição que afeta a independência funcional, ou como Transtorno Neurocognitivo Leve, nas fases iniciais (Apa, 2023). Na descrição das demências, a DA é a que mais se sobressai em meio aos diagnósticos clínicos (Zanotto et al., 2023).

O que se comprova com base a um estudo conduzido a partir de uma amostra composta por 480 participantes, proveniente de um banco de cérebros brasileiro, indicando que 50% dos casos atendiam aos critérios neuropatológicos para a DA. O que tem motivado a partir das duas últimas décadas, o crescente empenho em buscar o desenvolvimento de métodos de diagnóstico precoce com base em indicadores capazes de identificar, em tempo real, possíveis proteínas patológicas (Smid *et al.*, 2022).

Enquanto 35% sinalizavam evidências de demência vascular (DV), outros 18% foram diagnosticados com comprometimento cognitivo leve (DCL), e 17% receberam diferentes diagnósticos, como, por exemplo, degeneração lobar frontotemporal. Observou-se ainda que a associação entre DA e DV foi a combinação mais frequente, com base em 20% dos casos que apresentaram patologias mistas (Smid *et al.*, 2022).

Segundo Schilling et al. (2022, p.26) fisiopatologicamente:

A principal hipótese estabelece que o processo degenerativo na DA é desencadeado pela hiperprodução e/ou diminuição do clearance e consequente acúmulo do peptídeo beta-amiloide (A β) nos tecidos cerebrais acometidos, bem como de emaranhados neurofibrilares (ENFs) de proteína tau; acompanhados por alterações homeostáticas que levam ao colapso do citoesqueleto neuronal.

Enquanto, Bonifácio et al. (2023, p.937) destacam que:

A fisiopatologia da doença de Alzheimer é caracterizada por alterações estruturais e bioquímicas no cérebro, com destaque para o acúmulo de placas amiloides e emaranhados neurofibrilares. As placas amiloides, compostas principalmente pela proteína beta-amiloide, acumulam-se no espaço extracelular, interferindo na comunicação sináptica e causando danos neuronal.

Como percebe-se e de acordo com Gomide et al, (2022), a origem genética e os fatores causadores da DA são complexos, multifatorial e ainda não definitivamente explicados. Mesmo assim, estima-se que 70% do risco da ocorrência da doença é por causas genéticas, cujo envelhecimento desponta como o maior e principal fator de risco.

2.2 SINAIS E SINTOMAS DE DOENÇA DE ALZHEIMER

Predominantemente, a DA se manifesta pelo comprometimento cognitivo afetando de forma proeminente a memória de curto prazo. No entanto, pode vir a se manifestar em formas menos comuns que alterações cognitivas, como por exemplo, alteração da linguagem expressiva, habilidades visuoespaciais e funções executivas, como planejamento e flexibilidade cognitiva. Mesmo que possa existir formas hereditárias da doença, a incidência dos casos é esporádica, estando conectada a uma interação multifatorial entre predisposição genética e fatores ambientais (Gomide et al., 2022).

A DA também pode ser caracterizada por mudanças de humor, comportamentos e sintomas psiquiátricos. Com relação ao aspecto cognitivo, observa-se um declínio gradual, principalmente no domínio da memória recente e semântica, acompanhado de prejuízos na atenção, amnésia, afasia, e perda das habilidades de orientação temporal e espacial. Tais comprometimentos resultam em limitação funcional significativa, dificultando a execução das atividades de vida diária e comprometendo a autonomia do indivíduo (Von Borstel et al., 2021).

Além disso, foram observadas alterações neuropsiquiátricas nos pacientes diagnosticados, compreendendo em 60% dos casos. Dentre os sintomas mais evidentes, destacam-se irritabilidade, delírios, depressão, distúrbios alimentares e do sono, alucinações, agitação psicomotora, ansiedade e episódios de euforia (Von Borstel et al., 2021).

2.3 DISFUNÇÕES EXECUTIVAS NA DOENÇA DE ALZHEIMER

As funções executivas formam um composto de habilidades cognitivas interdependentes que permitem ao indivíduo se organizar, planejar, monitorar, adaptar e concluir ações orientadas a objetivos e metas (RIBEIRO et al., 2020). Essas funções incluem o planejamento, a tomada de decisão, a inibição de respostas automáticas, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Smid et al., 2022).

Desta forma, no curso clínico da DA essa realidade é alterada que de acordo com Zanotto et al. (2023) pode ser dividida em três fases distintas. A fase inicial diz respeito a alteração da memória, principal sintoma clínico, se caracterizando por momentos de amnésia e disfunções cognitivas, por exemplo, lembrar de fatos recentes, realizar tarefas de maior complexidade (Barbara et al., 2024).

Na fase denominada moderada, se observa uma intensificação do agravamento da dimensão cognitiva, seguida pelo surgimento de sintomas neuropsiquiátricos, como delírios, agitação, irritabilidade e, em alguns casos, alucinações (Barbara et al., 2024).

Já na última fase considerada grave, o indivíduo torna-se completamente dependente de cuidados de terceiros, em geral de algum familiar, apresentando o comprometimento na realização das atividades básicas diárias, implicando o cuidado e a atenção no que diz respeito à alimentação, higiene, locomoção e comunicação (Brucki et al., 2022). Tornando-se essencial o cuidado informal prestado pelos cuidadores familiares (Minayo; Corrêa, 2020).

2.4 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO À SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES

Segundo Caramelli et al. (2022), estima-se que até o ano de 2050 aproximadamente 152 milhões de indivíduos serão afetados por demência, com a incidência de um novo caso a cada três segundos. Os índices apontam que a maior incidência das ocorrências se concentrará em países de baixa e média renda, onde já se destaca cerca de dois terços da população atualmente diagnosticada.

No contexto brasileiro, o consenso *Delphi* estimou uma prevalência de demência de 8,5% entre a população idosa em 2019, com maior incidência entre mulheres, podendo esse número quadruplicar até o ano de 2059 (Brasil, 2024). Sendo que, a população em processo de envelhecimento constitui o grupo mais vulnerável ao diagnóstico da DA (Portugal; Coelho; Gonçalves, 2020).

Como consequência, a família do idoso com Alzheimer sofre impactos significativos, especialmente o cuidador principal, que assume as responsabilidades do cuidado contínuo em grande parte sem o suporte adequado dos serviços formais de saúde (Brasil, 2023). Situação essa percebida em contextos nos quais a família escolhe pelo cuidado domiciliar ou que não dispõe de recursos financeiros para custear serviços de cuidado terceirizado (Nascimento; Figueiredo, 2021).

Nesse cenário marcado pela centralização do cuidado no ambiente doméstico e pela ausência de suporte formal adequado, estudos apontam que o exercício contínuo da função de cuidador, especialmente no contexto domiciliar, está associado ao desenvolvimento de estresse crônico, sintomas depressivos, ansiedade e prejuízos à saúde física e mental (Mattos; Oliveira; Novelli, 2020).

Realidade que vem expressa na pesquisa transversal de Teles et al. (2023), realizada com 436 cuidadores informais de idosos com síndromes demenciais no Estado de Minas Gerais, identificando que 32,8% dos participantes apresentaram níveis elevados de sobrecarga. Dentre os dados obtidos, se destaca a faixa etária entre 40 e 59 anos, na relação direta com o idoso, como filho ou cônjuge, descrevendo uma percepção negativa de práticas de autocuidado.

O estudo também indicou a presença marcante feminina na relação de cuidado, bem como a necessidade de políticas públicas voltadas ao apoio desses cuidadores (Teles et al., 2023). O que ressalta Lopes et al (2024), quanto há carência de suporte

institucional e de políticas públicas que promovam capacitação e estratégias de enfrentamento adequadas, o que contribui para o isolamento social e a desvalorização do cuidado.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma abordagem de natureza qualitativa, com propósito exploratório, se utilizando de estudo de caso como procedimento metodológico. A análise qualitativa possibilita apreender significados, percepções e processos sociais, sendo especialmente útil para investigar e explorar fenômenos complexos em realidades específicas (Simione, 2020).

Quanto ao propósito deste trabalho acadêmico, segundo Gil (2019, p. 27), a pesquisa exploratória busca “proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito”, sendo apropriada em contextos pouco investigados ou com necessidade de formulação de hipóteses iniciais.

Como estratégia de investigação, o estudo de caso é indicado para compreender fenômenos em profundidade, especialmente quando se deseja analisar eventos atuais dentro de seu contexto real. Essa metodologia permite a análise detalhada de um ou poucos objetos, preservando suas características contextuais e relações com o ambiente (Simione, 2020).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Lin et al., 2024), observações diretas e análise documental, promovendo triangulação metodológica para aumentar a validade dos resultados (Brizolla et al., 2020). A análise dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo temática, conforme proposto por Bardin (2016), considerando categorias emergentes do corpus empírico.

3.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

A fim de analisar os fatos e considerar as concepções dos participantes quanto ao tema, este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva, de natureza básica, desenvolvida a partir de um estudo de caso com abordagem qualitativa e caráter exploratório. A escolha por esse processo metodológico se fundamenta na valorização da complexidade, da subjetividade e da multiplicidade das vivências humanas, entendendo que essas são construções sociais e contextuais (Bortolozzi, 2020).

3.2 PARTICIPANTES

A amostra foi composta pelos filhos cuidadores de um idoso diagnosticado com doença de Alzheimer aos 80 anos de idade e que veio a óbito aos 85 anos, em decorrência da progressão da enfermidade, sendo um do sexo masculino e três do sexo feminino e pela esposa. A escolha deste caso baseou-se na acessibilidade entre o pesquisador e a família, o que se configura como uma estratégia válida em pesquisas qualitativas. Nesse sentido, conforme Gil (2019, p. 94), “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”.

Trata-se de um estudo de caso fundamentado em análise teórica, centrado em uma família residente em um distrito do município de Aracruz – ES. A pesquisa teve como

objetivo principal obter relatos dos cuidadores familiares acerca da saúde mental no contexto do cuidado prolongado.

3.3 PROCEDIMENTOS

Antes de iniciar a pesquisa, foi submetido o trabalho a Plataforma Brasil, no qual foi aprovada sobre o parecer número 7.811.389, conforme anexo 2, página 27.

O primeiro contato com a família selecionada para a pesquisa foi feito via ligação telefônica realizada ao filho mais novo do casal, com quem o pesquisador possui vínculo prévio. Nessa ocasião, foram apresentados os objetivos da pesquisa, bem como a proposta metodológica e os possíveis desdobramentos do trabalho acadêmico. Em consulta aos demais membros da família, as irmãs e a mãe, a devolutiva foi favorável ao prosseguimento do estudo.

O segundo contato com a família foi realizado de forma presencial, em um dia da semana na data e horário previamente acordados. Nesse encontro foi coletada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme anexo 1, página 25, devidamente lido e assinado pelos membros da família envolvidos na pesquisa. Em seguida foi realizada uma roda de conversa cujo objetivo foi apresentar o propósito da pesquisa, bem como a metodologia adotada e a importância do tema em desenvolvimento.

Após ter sido feito esse momento introdutório, foram enviados, por meio da plataforma *Google Forms*, dois formulários, sendo um para a coleta de dados referentes ao paciente, conforme anexo 3, página 30; outro específico para informações sobre os cuidadores, conforme anexo 4, página 32; e a Escala de Sobrecarga de Zarit (LIN et al, 2024), conforme anexo 5, página 35, aperfeiçoada à realidade da presente pesquisa.

Para finalizar o processo, foi agendado previamente um encontro com a família, sendo realizada uma última roda de conversa para a apresentação dos resultados obtidos e compartilhar as considerações finais da pesquisa. Esse momento teve como objetivo promover a devolutiva ética aos participantes, assegurando a transparência do processo investigativo e o reconhecimento da contribuição da família ao desenvolvimento do estudo.

3.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

Para a realização da coleta das informações neste projeto, foi utilizada a entrevista semiestruturada, com a intenção de captar percepções, sentimentos e vivências dos cuidadores, possibilitando respostas mais amplas e contextualizadas por parte dos familiares entrevistados. Segundo Gil (2019, p. 103), “as principais vantagens das entrevistas estruturadas estão a sua rapidez e o fato de não exigirem exaustiva preparação dos pesquisadores, o que implica custos relativamente baixos”.

Adicionalmente, para a obtenção de mais dados para a pesquisa, foi aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, instrumento validado e abrangentemente utilizado na literatura científica para estimar o nível de possível estresse e sobrecarga entre cuidadores de pessoas em situação de dependência (Oliveira et al., 2025). Essa escala avalia, de forma padronizada, os impactos físicos e emocionais do ato de cuidar, permitindo identificar nos cuidadores o risco de adoecimento físico e mental devido à exaustiva sobrecarga prolongada (Silva et al., 2025).

Quanto à correção da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit na versão de 22 itens, utilizada nesta pesquisa, a pontuação total varia de 0 a 88, sendo que os valores mais elevados evidenciam maior nível de sobrecarga percebida. Conforme Cunha et al. (2021), ausência ou baixa sobrecarga: 0–20 pontos; sobrecarga leve a moderada: 21–40 pontos; sobrecarga moderada a severa: 41–60 pontos; e sobrecarga severa: 61–88 pontos.

O mesmo autor ressalta que essas pontuações refletem adaptações contextuais em diferentes versões, enfatizando a necessidade de definir claramente o critério utilizado em cada estudo ou aplicação.

Por fim, a integração entre os dados obtidos nas entrevistas e os resultados da Escala de Zarit oferecem uma perspectiva abrangente da realidade vivenciada pelos cuidadores, possibilitando prever indícios de cenários críticos que envolvam conflitos familiares relacionados ao cuidado, perda de vida social e tempo pessoal, sentimento de culpa ou de que não faz o suficiente, ressentimento ou ambivalência emocional em relação ao papel de cuidador, sentimento de prejuízo na saúde própria (Almeida; Dedi; Ferreira, 2024).

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A partir da transcrição do material empírico, os dados obtidos por meio das entrevistas e da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Lin et al., 2024), foi organizado em categorias analíticas e apresentados alguns gráficos para melhor visualização. Conforme aponta Bardin (2016), a entrevista é uma técnica que visa proporcionar ao pesquisador amplo acesso às informações relevantes para os objetivos da investigação, permitindo a obtenção de conteúdos ricos e contextualizados.

Os dados coletados foram tratados com base nos princípios da Análise Textual Qualitativa, abordagem que visa aprofundar a compreensão dos fenômenos investigados por meio da organização e fracionamento das informações obtidas nesse estudo. Essa metodologia permite a emergência de novos significados sobre o objeto de estudo, favorecendo interpretações mais densas e contextualizadas da realidade analisada (Bortolozzi, 2020).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse artigo, seus procedimentos metodológicos e seu conteúdo, consistem em respeitar o que descreve os artigos 16 e 17 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2022), que incentivam a pesquisa e o estudo em Psicologia, contudo, ao mesmo tempo em que orientam sobre medidas de cuidado necessárias para o desenvolvimento adequado da pesquisa. O artigo 16 evidencia que o profissional da psicologia deve analisar os possíveis impactos advindos da realização e divulgação da pesquisa, se fundamentando nas condições previstas e abrangidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Mediante esse documento, é assegurado aos participantes total sigilo, bem como seu total anonimato, com utilização de nomes fictícios, o direito de recusar participar ou de interromper sua aceitação a qualquer momento da pesquisa. Com o TCLE, certifica-se o amparo social em caso de eventuais danos ocorridos ao voluntário em decorrência das atividades da pesquisa. Desse modo, o artigo 17 destaca a relevância de garantir o cumprimento dos princípios e normas do documento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DADOS DO PACIENTE

Paciente do sexo masculino, nascido em 1939, com escolaridade da 3ª série do primário, diagnosticado com DA aos 80 anos evoluindo a óbito aos 85 anos. Não tinha antecedentes de histórico familiar de demência ou doenças neurológicas. Contudo, no final do ano de 2019 manifestaram os primeiros sintomas da DA, conforme descreve a literatura científica (Gomide et al., 2022), caracterizados por esquecimentos de nomes de pessoas próximas, confusão de localização e datas, tristeza, choro e apatia.

Sendo a primeira dimensão afetada, com base no estudo de Gomide et al. (2022), e conforme relatado pelos participantes, a memória autobiográfica do paciente foi totalmente comprometida, não reconhecendo a si mesmo e nem as pessoas de seu convívio, bem como o seu raciocínio lógico era confuso, configurado por conversas desconexas, pois não sabia identificar onde se encontrava, pedia constantemente para ir para a casa de sua mãe já falecida.

Com a perda da memória, o vínculo familiar foi alterado, passou a chamar a esposa de mãe e não respondia quando era chamado de pai pelos filhos. Como estratégia ao ato de cuidar, os cuidadores passaram a chamá-lo pelo nome, no intuito de que pudesse lembrar de si mesmo. Mas como específica Nascimento e Figueiredo (2019), o processo degenerativo e prolongado da demência por Alzheimer leva a perda da dimensão que o indivíduo tem de mais singular, a consciência de si consigo mesmo e por consequência o não reconhecimento do outro.

Desta forma, houve alteração significativa quanto à mudança de humor do paciente, que compreende segundo Barbara et al. (2024), como a fase moderada da doença, descrito da seguinte forma pelos participantes: *“No início alternava entre tristeza, saudade e felicidade. No último ano estava sempre muito triste, poucas vezes esboçava uns sorrisos e às vezes agressivo”*.

Ainda nessa fase, também foi descrito pelos participantes episódios de alucinações ou delírios:

“Às vezes tentava pegar algo no ar, outras vezes no chão. Estranhava texturas de parede, roupas estampadas, toalhas de mesa, areia. Dizia que tinha água no chão. Muitas vezes quebrava as plantas do quintal, o que acreditávamos ser algo relacionado ao passado quando este trabalhava na roça e por vezes limpava o terreno e plantações”.

Em relação ao sono: *“Dormia bem pois fazia uso de medicamentos. Mesmo assim, às vezes era necessário aumentar a dose do remédio (através de orientação do médico)”*. Tinha acompanhamento médico regularmente. O medicamento e o acompanhamento médico são formas de proporcionar à paciente qualidade de vida e possível retardamento das fases do quadro demencial por Alzheimer (Caramelli et al., 2022).

Quanto aos riscos de acidentes nos ambientes da casa, os participantes relataram que: *“eram presentes, mas fomos adaptando a casa pra ele: tiramos alguns móveis, mantínhamos portão e algumas portas fechadas, trocamos de cama, etc.”* Ações que segundo Bonifácio et al. (2023) visam proporcionar ao paciente segurança e bem-estar, pois a negligência pode ocasionar processo judicial a maus tratos por parte dos familiares.

Evoluindo para a fase final, o paciente apresentou episódios de agressividade, enfraquecimento da coordenação motora, passando a necessitar do uso de cadeiras de rodas. Ficou dependente por completo quanto a manter a higiene pessoal e a alimentação. Deixou de ter controle quanto aos esfíncteres, bem como o grave comprometimento cognitivo com a perda completa em relação a identificação de tempo e espaço e o reconhecimento familiar. Sintomas característicos da doença nessa fase de evolução (Brucki et al., 2022).

Anteriormente ao diagnóstico da DA, possuía um quadro de colesterol e pressão alta. A partir do diagnóstico da DA, com orientação médica, a fim de manter um tratamento que proporcione qualidade de vida e o possível retardamento das fases da doença, o paciente passou a fazer uso dos seguintes medicamentos: Rosuvastatina, Losartana, Cannabis, Amplictil, Rivastigmina, Quetros, Memantina e Venlafaxina. Não apresentava histórico familiar de demência ou doenças neurológicas.

Quanto a rotina do cuidado diário, os participantes se organizaram da seguinte forma: *“possuía uma cuidadora profissional das 8h às 17h. A esposa em tempo integral, mais os 4 filhos que se revezavam durante a parte da noite e aos finais de semana”*. Além do apoio de outros familiares: genros, nora e netos quando necessário.

Por fim, em relação a assistência do serviço público de saúde: *“Teve atendimento domiciliar quando foi preciso para coleta de sangue, vacinação e SAMU. Ia às consultas médicas até quando foi possível. Teve também acesso a um medicamento pelo governo”*. Esse cenário reflete o que Mattos, Oliveira e Novelli, (2020), chamam de demandas de cuidado e autocuidado.

4.2 OS CUIDADORES FAMILIARES

A esposa, na faixa etária dos 80 anos, e os filhos, 1 do sexo masculino, e 3 do sexo feminino, com faixa etária entre 50 e 60 anos. A fim de preservar a identidade dos participantes, eles serão identificados a partir de uma sequência numérica de acordo com a ordem de retorno das respostas da entrevista. Assim sendo, o período de cuidado se deu entre 1 a 3 anos para os Participantes 3 (P3), Participante 4 (P4) e Participante 5 (P5), e mais de 3 anos para os Participante 1 (P1) e Participante 2 (P2). Destes, somente a esposa residia com o paciente em tempo integral, o que comprova segundo Mattos, Oliveira e Novelli, (2020) que na maioria dos casos a pessoa com demência é cuidada pelos familiares.

Em relação a carga média diária de cuidado, o P1 cuidava em Tempo Integral, enquanto o P2 de 4h a 6h por dia. O P3 durante a noite, de 4 a 6 horas e nos finais de semana mais de 10 horas (de 07h às 21h no sábado e 07h às 21h no domingo). O P4 um final de semana por mês, também uma ou duas vezes por semana de 17h as 21h. O P5 sábado e domingo (07h às 21h) e segundas-feiras de 17h às 21h.

Quando o cuidado era exercido no turno da noite, apenas o P2 relatou não ter sono adequado. Nas divisões de tarefas, somente o P1 não exercia nenhuma atividade profissional, enquanto os P3 e P5 dividem a rotina de cuidados com o trabalho de meio período e os P2 e P4 com o trabalho de tempo integral. Teles et al. (2023) aponta a partir de sua pesquisa que essa rotina entre cuidar e assumir outras tarefas pode ocorrer uma sobrecarga afetando fisicamente, emocionalmente e socialmente a vida dos cuidadores.

Nesse sentido, questionados se receberam algum tipo de apoio psicológico durante o período em que foram cuidadores, os participantes responderam que não, e nem

procuraram. Já em relação se receberam auxílio de alguma rede de apoio, somente o P5 relatou não ter recebido. Essa ausência de suporte e acompanhamento psicológico revela, segundo Souza et al (2024), a falta de assistência especializada com os cuidadores familiares de idosos com DA.

Ainda nesse âmbito, mesmo que os participantes descreveram que a divisão de responsabilidades na família se organizou de forma equilibrada, a progressão da doença e a falta de capacitação especializada pode levar a uma instabilidade emocional própria do ato de cuidar de pessoas com demência, onde não se tem o controle do que pode vir acontecer com o paciente (Mattos; Kovács, 2020).

No que se refere ao possível impacto na vida social em decorrência do cuidado prestado, observa-se uma divergência entre os participantes. O P1, P2, P5 compreenderam que parcialmente houve mudanças. O P4 relatou não ter sofrido alterações relevantes. Enquanto o P3 descreveu que: *“Por ter escala em alguns finais de semana, às vezes não conseguia estar presente em alguns eventos, aniversários, viagem, reuniões...”*. Esse relato sugere uma reorganização da rotina social dos cuidadores, o que vem exposto nos achados de Teles et al. (2023) que confirma a mudança do cotidiano em decorrência do ato de cuidar em tempo integral.

Em relação a rotina pessoal, como: lazer, descanso, autocuidado, entre outros aspectos, todos os participantes afirmaram que sua rotina pessoal foi afetada, isto é, que passaram por mudanças significativas. O P3 exemplificou essa mudança ao relatar que: *“Mesmo sabendo que naquele determinado momento ele estava sob os cuidados de outra pessoa, eu não conseguia me desligar do grupo de WhatsApp querendo saber notícias”*. Conforme abordado por Teles et al. (2023), ser responsável por cuidar de alguém é algo muito complexo que exige tanto do cuidador quanto daquele que é cuidado, relevantes mudanças e significativos arranjos na vida diária.

Interpelados no que se refere ao conhecimento e acesso aos serviços de apoio ao cuidador informal, o P1 e o P2 afirmaram que nunca ouviram falar. O P3 e o P4 relataram não receber nenhum tipo de apoio, mas gostariam de ter sido acompanhados por profissionais. O P5 descreveu que: *“só através das redes sociais e apoio familiar, principalmente dos irmãos, onde tudo era socializado e compreendido entre nós”*. Essa ausência sentida pelos cuidadores ao que tange os serviços de saúde que não abrange os doentes dependentes, corrobora com os achados de Minayo e Correa (2020), onde destaca que esses são vistos como usuários do sistema, cabendo todas as responsabilidades primordiais serem divididas aos familiares.

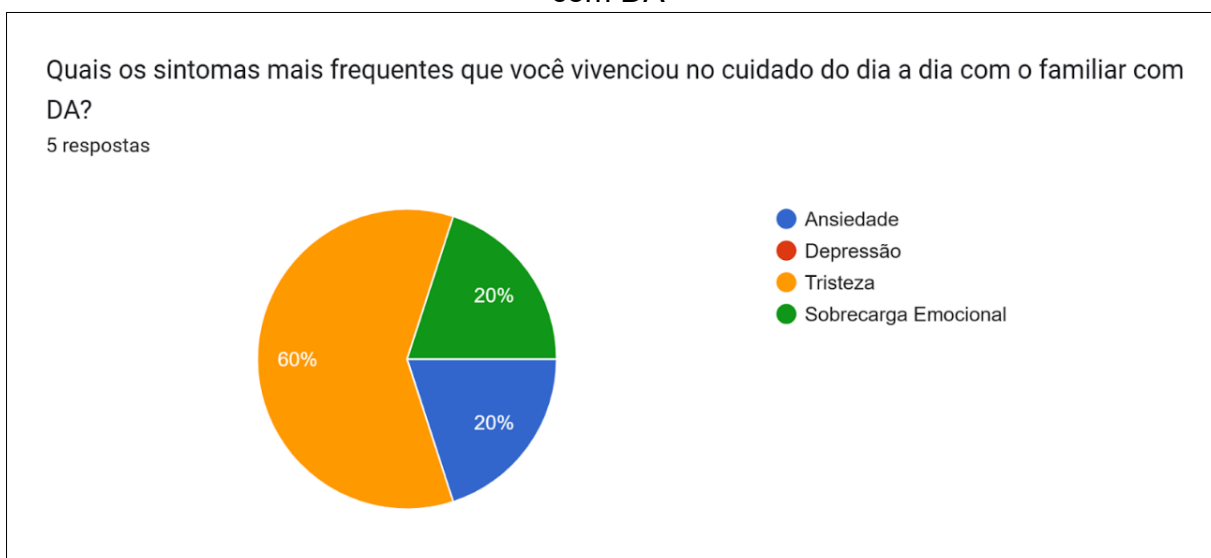
Quanto à frequência em que se sentiram sobrecarregados enquanto eram cuidadores, apenas o P2 destacou não se sentir sobrecarregado, destacando que: *“nossa união familiar muito ajudou a não me sentir sobrecarregado. Os cuidados sempre foram muito bem divididos.”* Em contraste, o P1, P3, P4 e P5 relatam que *“às vezes”* se sentiram sobrecarregados, com destaque para que o disse o P4: *“os finais de semana eram mais cansativos, principalmente quando ele ficava mais nervoso e com crises de agressividade”*. Considerando que a DA perdura por longos anos, é provável que os cuidadores vivenciem uma confusão de sentimentos ao longo do tempo, como sugere Mattos, Oliveira e Novelli (2020).

Em relação à frequência que sentiram tristeza e angústia em decorrência do ato de cuidar, o P1 descreveu que *“algumas vezes por semana”*, enquanto P2, P3 e P5 responderam que *“às vezes”*, com destaque ao que afirma o P2: *“tristeza não por estar cuidando, mas por ver meu pai naquela situação”*. O P4 afirmou que *“raramente”* sentiu tristeza ou angústia. É comum, como ressalta Souza, Giacomini e Firmo (2024),

que o envolvimento com a dor suscite variados sentimentos em proporções diversas, pois a responsabilidade em cuidar suscita uma reflexão ética que vai além do cumprimento de prescrições.

Ainda em relação ao envolvimento emocional dos participantes com base no cuidado diário com o idoso, foi questionado, conforme o gráfico abaixo, quais os sintomas que cada cuidador destaca como vivenciado no processo. A escolha dos mesmos se fundamenta a partir da literatura científica que indica serem os mais comuns descritos entre os cuidadores familiares de idosos com demência (Silva et al., 2025).

Gráfico 1: Sintomas mais frequentes vivenciados no cuidado diário com o familiar com DA



Fonte: Elaborado pelo autor com dados da pesquisa (2025).

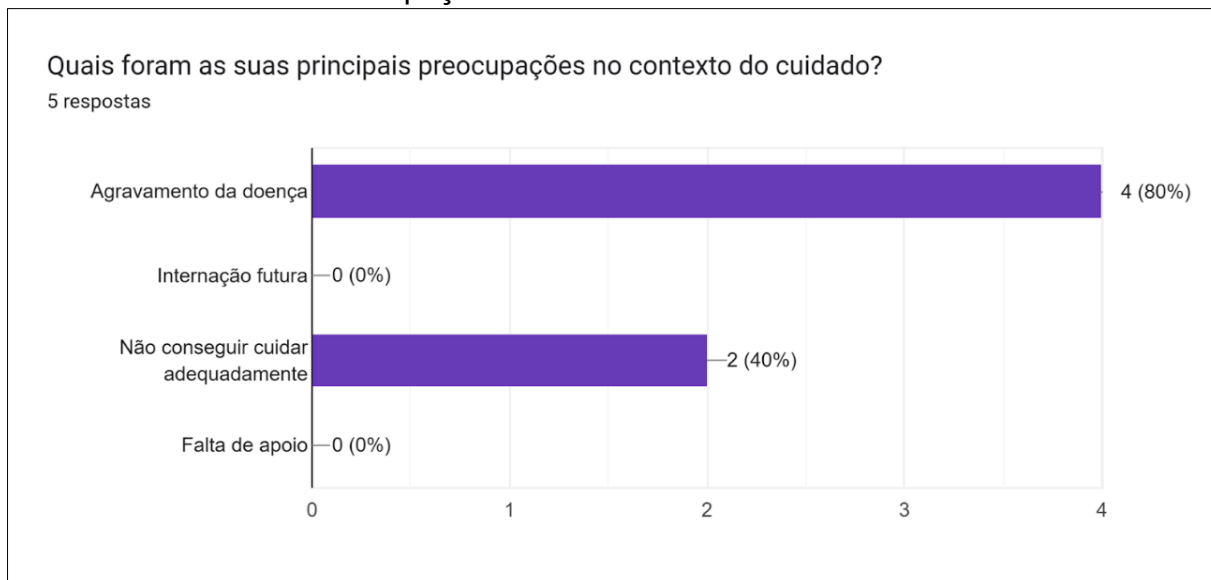
Esses achados convergem com pesquisas recentes que destacam o impacto emocional e psicológico do cuidado contínuo. Segundo Silva et al. (2025), a tristeza e sintomas depressivos são frequentes entre cuidadores familiares, em função da progressiva perda de autonomia do ente cuidado e da sobrecarga emocional gerada pela convivência diária com a doença. Estudos de Souza et al. (2024), reforçam que a sobrecarga é uma das principais consequências do cuidado prolongado, repercutindo tanto na saúde mental quanto física dos cuidadores.

Já a ansiedade, identificada em 20% dos participantes, encontra respaldo em pesquisas de Rocha et al. (2023), que associam a incerteza em relação à progressão da doença e ao futuro do idoso ao aumento da ansiedade em familiares cuidadores. Esses dados demonstram que o cuidado com pessoas com Alzheimer não se restringe à dimensão prática, mas envolve impactos emocionais significativos, o que reforça a necessidade de políticas de apoio psicológico e social aos cuidadores.

Ao serem indagados se houve mudança na relação com o idoso após o avanço da doença, os P1, P3, P4 e P5 ressaltaram que o convívio se tornou mais próximo. Por outro lado, o P2 afirmou que não houve grandes mudanças, contudo enfatizou que: *“o Amor sempre prevaleceu o que mudou na relação, foi que passei a cuidar de quem sempre cuidou de mim”*. Esse relato indica, conforme apontam Nascimento e Figueiredo (2019), que a demência atinge o paciente naquilo que ele tem de mais singular, a consciência de si consigo mesmo.

Quanto às preocupações dos participantes no contexto do cuidado diário, o gráfico que segue indica respostas variadas em relação à evolução do quadro clínico do idoso e as incertezas quanto ao futuro do ato de cuidar.

Gráfico 2: Preocupações dos cuidadores no contexto do cuidado



Fonte: Elaborado pelo autor com dados da pesquisa (2025).

Esses resultados refletem o caráter desgastante e incerto do cuidado, marcado por preocupações constantes sobre a progressão da doença e pela autopercepção de despreparo frente às demandas complexas. Estudos recentes confirmam esse cenário, como o de Ferreira et al. (2023), que apontam que o medo do futuro e a incerteza em relação à evolução do quadro clínico são fatores predominantes de sofrimento psíquico entre cuidadores. De modo complementar, Souza et al. (2024), identificaram que a insegurança quanto às competências de cuidado gera sentimentos de incapacidade e baixa autoeficácia, impactando diretamente a saúde mental desses familiares.

Ainda, Silva et al. (2025) reforçam que o cuidado prolongado tende a acentuar tanto o medo do agravamento quanto a percepção de insuficiência para atender às necessidades do idoso, exigindo apoio psicológico e programas de capacitação contínua. Esses achados evidenciam que, para além das tarefas práticas, o cuidado com pessoas com Alzheimer envolve desafios emocionais significativos, que devem ser reconhecidos em políticas públicas de saúde e em estratégias de suporte aos cuidadores.

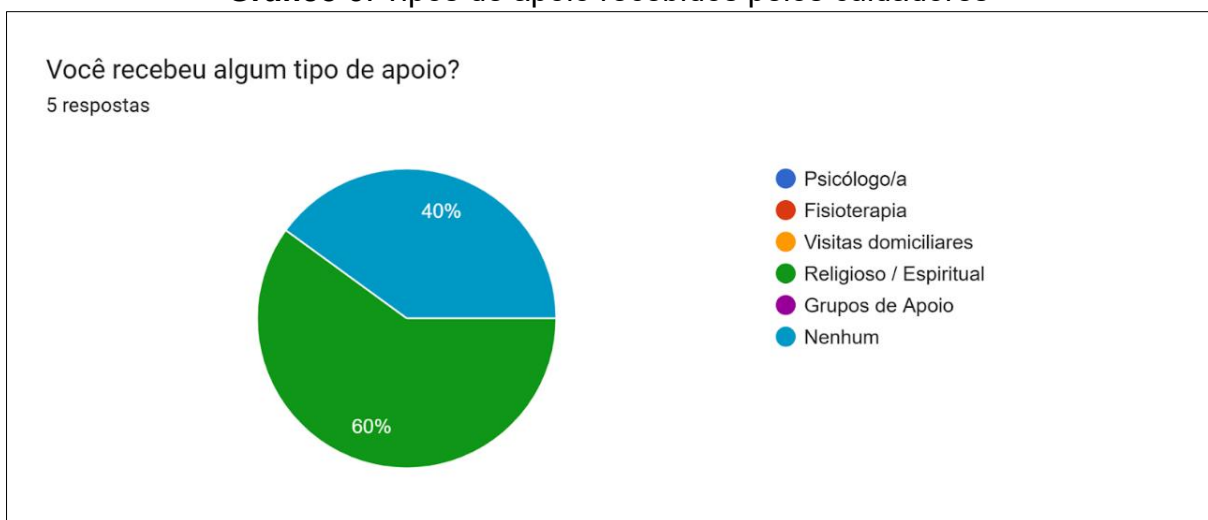
Nesse sentido, com relação a receber orientação profissional sobre como cuidar de alguém com Alzheimer, o P2 e o P5 relatam que contaram com o auxílio de profissionais de saúde. Em contraste, o P1 e o P3 que declararam terem aprendido sozinhos a maneira como cuidar do idoso. Enquanto o P4 mencionou não ter tido alguma ajuda, mas manifestou o desejo de obtê-la. Essa falta de sintonia indica, como sugere os estudos de Nascimento e Figueiredo (2019), que o paciente tenha recebido somente o atendimento biomédico.

Quando indagados acerca de qual tipo de apoio sentiram falta, o P1, o P2, o P3 e o P4, afirmaram terem sentido a falta de cuidadores profissionais. Em contrapartida, o P5 compreendeu que: *“na verdade, recebíamos apoio familiar, principalmente dos*

irmãos e amigos próximos e dos médicos que cuidavam do paciente que sempre explicavam nossas dúvidas enquanto cuidadores”. Conforme os escritos de Mattos, Oliveira e Novelli (2020), os familiares se tornam os principais cuidadores de pessoas com demência.

Ainda sobre essa demanda, no que se refere ao tipo de apoio que utilizaram, ou seja, que recorreram, conforme indica o gráfico 3, o P4 e o P1 relataram não ter recorrido a nenhum tipo de apoio sugerido, em contrapartida o P2, o P3 e o P5 recorreram ao auxílio de natureza espiritual conforme gráfico 3 a seguir:

Gráfico 3: Tipos de apoio recebidos pelos cuidadores



Fonte: Elaborado pelo autor com dados da pesquisa (2025).

Com base no gráfico acima mencionado, podemos perceber que os cuidadores familiares de idoso com demência de Alzheimer não possuem informações necessárias do suporte que podem receber no processo do cuidado. O setor público não promove orientação e não consegue se fazer presente em tempo integral para auxiliar os cuidadores familiares, de acordo como apontam os estudos de Oliveira et al. (2025).

Por fim, os participantes foram questionados se consideram que o sistema de saúde apoia os cuidadores familiares. Apenas o P5 respondeu que recebeu suporte “*parcialmente*”, enquanto o P1, o P2, o P3 e o P4, afirmaram que o sistema de saúde não apoia os cuidadores. Diante dessa falta de apoio do setor público de saúde referente aos cuidadores de idoso com demência de Alzheimer, a pesquisa de Oliveira et al. (2025), indica a necessidade da capacitação dos cuidadores em vista de minimizar as inseguranças e promover qualidade para quem cuida e para aquele que é cuidado.

Em relação se consideram necessário o apoio psicológico mais estruturado aos cuidadores de pessoas com Alzheimer, todos os participantes responderam que “*sim, com certeza*”, o que confirma no estudo de Oliveira et al. (2025), quando afirma que os cuidadores enfrentam problemas em múltiplas dimensões e desta a necessidade de receberem apoio, como enfatizou o P5:

“O apoio psicológico se faz necessário para que o cuidador possa estar bem para exercer seu papel, sem achar em algumas situações, que está carregando um “fardo” ou de forma inconsciente, culpabilizar o paciente pela

situação ou até mesmo sentir-se culpabilizado por não conseguir grandes avanços em relação a situação do paciente “.

Sobre a experiência de como foi ter convivido com um familiar com a DA, conforme Mattos e Kovács (2020), o relato do P1 indicou ao que chamou de vivência do luto antecipado em que o cuidador vive uma despedida sem partida, afirmando que “o vi [...] indo embora aos poucos [...] Foi muito doído!”. Enquanto o P2 e o P3 alternam entre sentimentos positivos e negativos:

“Muito triste. Principalmente por ver alguém que sempre foi muito ativo virar vítima desta doença”. “No início um grande susto cheio de dúvidas, incertezas e muita tristeza. [...] A união de nós, irmãos, fez toda a diferença nesse período, pois dividíamos a dor, os medos e angústias”.

O P4 entendeu que a fase final da doença foi a mais significativa, descrevendo que: *“No último ano as coisas se agravaram um pouco porque vieram as crises de agressividade [...] Nessa hora dava um desespero, o coração acelerava, às vezes era necessário pedir ajuda”*. Esse relato explana o que Mattos e Kovács (2020) constata, que em nossa realidade brasileira o serviço de acompanhamento de pessoas com Alzheimer é escasso na rede pública de saúde, e o cuidador se vê em grande parte sozinho no processo.

Enquanto o P5 declarou que foi uma experiência: *“muito intensa e ambígua, com momentos de carinho, cuidado e proximidade, com sentimento de tristeza, frustração e até exaustão, algo que em algumas situações nos desestabiliza”*. O sentimento descrito pelo P5 indica que o ato de cuidar deve também ser voltado para o cuidador, uma vez que o processo contínuo de cuidado faz surgir aspectos importantes a serem observados no âmbito saúde (Mattos; Kovács, 2020).

4.3 RESULTADOS DA ESCALA ZARIT

A análise dos resultados obtidos pela Escala de Sobrecarga de Zarit será feita pelo conteúdo de Bardin (2016) às narrativas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, que possibilita abranger diferentes níveis de significados relacionados às fases de sobrecarga. Desta forma, é possível analisar para além dos resultados apenas quantitativos da Escala de Zarit, buscando ampliar o entendimento dos dados subjetivos fornecidos pelos cuidadores, em vista de formular propostas de intervenções psicossociais específicas de auxílio à saúde mental do cuidador (Caparrol et al., 2021).

Assim sendo, conforme Cunha et al. (2021), com relação aos níveis de sobrecarga, o P4 atingiu uma pontuação igual a 20 na soma dos itens avaliados que corresponde ao nível leve de sobrecarga, com falas que expressam sentimentos de responsabilidade, resiliência e adaptação, o que pode ser confirmado pelo seu relato: *“era a minha vez de retribuir todo o cuidado que ele sempre teve comigo”*; *“fiz tudo que estava ao meu alcance para que ele ficasse bem”*. Tais expressões revelam uma percepção de esforço manejável, onde a sobrecarga não compromete totalmente a autonomia do cuidador (Chen Lin, et al., 2024).

No nível moderado (Cunha et al., 2021), as falas passam a evidenciar maior tensão emocional e social, cenário em que se enquadram o P1, o P2, o P3 e o P5, atingindo pontuações entre 25 a 29 na soma dos itens avaliados, expressando-se da seguinte forma:

“Alguns finais de semana, às vezes, não conseguia estar presente em alguns eventos, aniversários, viagem, reuniões”; “foi uma experiência muito intensa

e ambígua, [...] com sentimentos de tristeza, frustração e até exaustão, algo que em algumas situações nos desestabiliza”.

Esse nível aponta para a restrição da vida social, sentimento de perda de identidade pessoal e aumento de exaustão física e mental, indicando um estágio de vulnerabilidade significativa (Oliveira et al., 2025).

O último nível, caracterizado grave (Cunha et al., 2021), com pontuação superior a 40 pontos, não foi identificado nessa pesquisa. Nele, os discursos são marcados por sofrimento intenso e sensação de exaustão extrema, em que o cuidador se sente esgotado, apresentando problemas de saúde, mas não pode parar com o cuidado. Esse cenário revela o ponto mais crítico da sobrecarga, associado ao esgotamento emocional, sintomas depressivos, adoecimento físico e sensação de abandono institucional e familiar (Lima; Almeida, 2025).

Ao que vem indicado nesta análise, de acordo com Nogueira da Silva et al. (2021), a sobrecarga do cuidador além de envolver a carga física, emocional e social, pode ser também cumulativa ao longo do tempo, isto é, desenvolvendo atividades relacionadas ao cuidado do paciente e as que envolvem a sua rotina pessoal. No estágio leve, em que se enquadra o P4, o cuidador apresenta sinais de estresse inicial que, sem manejo adequado, pode evoluir para sobrecarga moderada ou grave, caracterizada por sintomas de ansiedade, depressão e risco à saúde física (Chen Lin, et al., 2024).

Frente a isso, o modelo teórico do “cuidado íntegro” destaca que intervenções preventivas como grupos de apoio, ações psicoeducativas e pausas programadas são fundamentais para conter a progressão da sobrecarga e preservar a saúde do cuidador. Ressalte-se o papel central da interface entre suporte social e autopercepção do cuidador: a percepção de respaldo familiar, profissional ou comunitário funciona como amortecedor psicológico frente ao estresse crônico do cuidado (Marques et al., 2024).

Diante do resultado leve, recomenda-se: a implementação de intervenções psicoeducativas, focalizando técnicas de enfrentamento e gestão emocional, acesso a grupos de apoio para cuidadores, que favorecem trocas de experiência e mitigam o isolamento (Marques et al., 2024); promoção de momentos de lazer e autocuidado, para reduzir desgaste emocional e prevenir agravamento (Chen Lin, et al., 2024)., monitoramento continuado, com reavaliações periódicas da escala (a cada 3 ou 6 meses), para detectar alterações na sobrecarga e ajustar as intervenções (Marques et al., 2024).

Quanto ao resultado moderado que envolve o P1, o P2, o P3 e o P5, embora esses cuidadores mantenham relativa capacidade de adaptação à rotina de cuidados, já manifestam sinais relevantes de desgaste físico e emocional. Conforme apontam estudos recentes, níveis moderados de sobrecarga estão associados à sentimentos de exaustão, dificuldades na conciliação da vida pessoal com o cuidado e maior risco de sintomas ansiosos e depressivos (Cunha et al., 2021).

Desta forma, a sobrecarga moderada sinaliza a necessidade de estratégias de apoio psicossocial e de intervenções multiprofissionais, como grupos de suporte, psicoeducação e serviços de saúde que possibilitem maior divisão de responsabilidades entre familiares e instituições (Souza et al., 2021).

Cabe destacar que o acompanhamento contínuo da sobrecarga permite não apenas monitorar o bem-estar do cuidador, mas também prevenir o agravamento para níveis

severos, os quais estão diretamente relacionados ao abandono de cuidados e à redução da qualidade de vida do paciente e do cuidador (Cunha et al., 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos na entrevista, conclui-se que, com o avanço gradual da doença do paciente, os cuidadores precisaram reorganizar suas rotinas pessoais, passando por significativas mudanças. Nesse processo, não tiveram o acompanhamento de serviços de apoio profissional ao cuidador informal. Percebe-se com isso a ausência do setor público de saúde para com os familiares cuidadores, ficando evidente quando alegam terem recebido apoio apenas religioso / espiritual.

Esse cenário apresenta-se como um alerta para a Atenção Primária à Saúde, cujo objetivo se fundamenta na promoção, prevenção e no tratamento de doenças, visando um acompanhamento integral multiprofissional, direcionado tanto para o paciente, quanto para os cuidadores. Para que assim, possa desenvolver ações educativas, grupos de apoio, visitas domiciliares, e oferecer escuta qualificada e cuidado compartilhado, em vista de proporcionar redução de estresse e de sobrecarga emocional, melhorando a qualidade de vida para ambos.

Por isso, o Estado Brasileiro necessita estar mais atento quanto ao seu nível de consciência em relação à situação da pessoa idosa dependente e do cuidador familiar, independente da classe em que pertencem. Uma vez que, o processo prolongado da doença, como exposto nessa pesquisa, suscita nos cuidadores sentimentos de tristeza, ansiedade, incerteza quanto ao que pode vir a acontecer com o paciente, e de incapacidade de cuidar. Podendo ser um fator de adoecimento do cuidador, tanto físico quanto emocional.

Através dos resultados da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, foi possível identificar nível leve de sobrecarga em um dos cuidadores, notando sentimentos de responsabilidade, resiliência e empatia para com o idoso. E nível moderado de sobrecarga nos outros, notando sentimentos de maior tensão emocional e social. Porém, esses achados podem apresentar uma limitação, pelo fato do idoso ter falecido três meses e um dia antes da aplicação da escala, sendo que o sentimento do luto, talvez, tenha tido influência nas respostas.

Contudo, os resultados deste estudo servem como um alerta e uma preparação para o setor público de saúde diante de uma realidade cada vez mais próxima, na qual, como indicam os relatórios do Ministério da Saúde, tende a aumentar o número de diagnósticos por demência na população idosa, cujo subtipo principal será a DA e a diminuir o tamanho das famílias, o que pode resultar em cuidadores mais atarefados e conseqüentemente mais sobrecarregados e por vezes doentes, acarretando custos em tratamento se fazendo crucial o apoio multiprofissional.

Para futuros estudos sobre o tema, sugere-se que a pesquisa e a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit sejam realizadas durante o período de cuidado, e não após o falecimento do familiar, como ocorreu neste caso, o que pode resultar em dados mais significativos, uma vez que a progressão da doença exige do cuidador uma rotina cada vez mais intensa de cuidados. Recomenda-se também que, para uma ilustração da realidade futura que a amostra utilizada seja composta por famílias menores, ou seja, menor quantidade de cuidadores, no intuito de obter informações com relação ao nível de sobrecarga quando a rotina não é compartilhada.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5-TR**. Texto revisado. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. Disponível em: <<https://www.amazon.com.br/dp/6558820935>>. Acesso em: 02 out. 2025.
- BARBARA, Lorena Xavier Santa et al. Principais fatores de risco modificáveis para a demência de Alzheimer. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 1, p. e14785, 2024. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14785>>. Acesso em: 03 out. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BONIFÁCIO, Matheus Vanzin et al. Doença de Alzheimer: fisiopatologia e tratamento / Alzheimer's disease: pathophysiology and treatment. **Studies in Health Sciences**, v. 4, n. 3, p. 934-948, 2023. DOI: 10.54022/shsv4n3-021. Disponível em: <<https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/1508>>. Acesso em: 2 out. 2025.
- BORTOLOZZI, Ana Cláudia. Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa: elaboração, aplicação e análise de conteúdo – **Manual Didático**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Relatório nacional sobre a demência: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [recurso eletrônico]**. Brasília, 2024. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/handle/bvs/71965>>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família (SNCF). **Nota Informativa nº 5/2023: Envelhecimento e o direito ao cuidado**. Brasília: MDS/SNCF, dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota_Informativa_N_5.pdf>. Acesso em: 03 out. 2025.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Estatuto da Pessoa Idosa: **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/pessoa-idosa/estatuto-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 2 out. 2025.
- BRIZOLLA, Maria Margarete Baccin et al. Uma revisão sobre a pesquisa qualitativa em ciências sociais aplicadas. **UFAM Business Review – UFAMBR**, Manaus, v. 2, n. 3, p. 103–130, ago.– dez. 2020. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/ufambr/article/view/8087>>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRUCKI, Sonia Maria Dozzi et al. Manejo das demências em fase avançada: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 3 supl.1, p. 101-120, jul./set. 2022. DOI: 10.1590/1980-5764-DN-2022-S107PT. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dn/a/NB9jFC4FtvNPqrzrZXKqrpH>>. Acesso em: 03 out. 2025.

CAPARROL, Ana Júlia de Souza; et al. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: revisão sistemática. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 35, p. 221–235, 2021. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.35.221-235. Disponível em: <<https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/450>>. Acesso em: 20 out. 2025.

CARAMELLI, Paulo et al. Tratamento da demência: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 273-291, jul./set. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-57642022dn16-030003>>. Acesso em: 27 jun. 2025.

CUNHA, Ana Cristina Barros da et al. Sobrecarga emocional ante a malformação congênita e o enfrentamento de cuidadoras. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 141–155, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.20435/pssa.v13i1.686>>. Acesso em: 24 out. 2025.

FERREIRA, L. A. et al. Medo, incerteza e sofrimento psíquico em cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2023. Disponível em: <<https://www.rbgg.com.br/article/view/xxx/>>. Acesso em: 1 out. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMIDE, Maria Eduarda Marini Amante et al. Uma abordagem geral da demência: Doença de Alzheimer e Demência Vasculare. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 18, e11047, 2022. DOI: 10.25248/reamed.e11047.2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/11047/>>. Acesso em: 02 out. 2025.

LIMA, Paulo Henrique; ALMEIDA, Sílvia Cristina. Impactos psicossociais da sobrecarga grave em cuidadores de idosos com Alzheimer. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 33, n. 2, p. 201–214, 2025. DOI: 10.1590/1414-462X202533020001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7Ydj3ySk8N4Fgcng74DBpzC>>. Acesso em: 1 out. 2025.

LIN, Chia Chen et al. Qualidade de vida, estresse, enfrentamento e sobrecarga de cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer. **Fisioterapia em Movimento**, Porto Alegre, v. 37, 2024. DOI: 10.1590/1980-5918.037.20240006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fm/a/f3G8gcZYkJyYnv48Yy679bk>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

MARIN, Ramon; FALEIROS, Pedro Bordini; MORAES, Antonio Bento Alves de. Como a Análise do Comportamento tem contribuído para a área da Saúde? **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 40, p. 1-13, 2020. DOI: 10.1590/1982-3703003197787. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/3ZWWMPH66kXmQmrfx9Lqhzf>>. Acesso em: 2 out. 2025.

MARQUES, Izabela Vitória Pereira et al. Estresse e estratégias de enfrentamento de cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, e230273, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230273>>. Acesso em: 24 out. 2025.

MATTOS, Elaine Barbosa Teixeira; OLIVEIRA, Juliana Pereira; NOVELLI, Maria Marta Pereira Carvalho. As demandas de cuidado e autocuidado na perspectiva do cuidador familiar da pessoa idosa com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e200189, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200189>>. Acesso em: 11 jun. 2025.

MATTOS, Emanuela Bezerra Torres; KOVÁCS, Maria Júlia. Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 31, e180023, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564e180023>>. Acesso em: 2 out. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CORREA, Mariele Rodrigues. Cuidado e cuidadores: estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares. **Relatório técnico**. [S. l.]: ResearchGate, dez. 2020. DOI: 10.13140/RG.2.2.21005.77284. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/347357211_CUIDADO_E_CUIDADORES>. Acesso em: 24 out. 2025.

NASCIMENTO, Hellen Guedes do; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 119–128, jan. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.40942020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zbhkrcjVYTqTJkf8tymd6Cc>>. Acesso em: 09 jul. 2025.

OLIVEIRA, Larissa de Freitas et al. Impacto da capacitação de cuidadores informais de idosos dependentes na assistência e sobrecarga. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Brasília, v. 25, n. 5, p. e19843, maio 2025. DOI: 10.25248/reas.e19843.2025. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19843>>. Acesso em: 17 jul. 2025.

POLIZIO, Marco Antonio; MARÇAL, Liziane. Demência e envelhecimento no Brasil: revisão narrativa sobre desafios sociais e de saúde pública. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 11, n. 1, p. 369–385, 2025. DOI: 10.22289/2446-922X.v11a1a27. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/389643837>>. Acesso em: 2 out. 2025.

PORTUGAL, Paula; COELHO, Tiago; GONÇALVES, Catarina. Demências. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 1-10, 2020. DOI: 10.1590/S1809-98232011000400001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dn/a/5Vh7Y3FZ5nH5Y5X5L5r5Y5/?lang=pt>>. Acesso em: 23 abr. 2025.

RIBEIRO, Isadora Bizinelli et al. Treino de funções executivas com idosos sem déficit cognitivo: uma intervenção da Terapia Ocupacional. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 143-160, 2020. DOI: 10.23925/2176-901X.2020v23i1p143-160. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/49138>>. Acesso em: 03 out. 2025.

ROCHA, Danielly Vanderley da et al. O luto antecipatório em cuidadoras de idosos com Alzheimer avançado. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 11, n. 1, p. e6778, 2023. DOI: 10.18554/refacs.v11i1.6778. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/6778>>. Acesso em: 24 out. 2025.

SANTOS, Julieta Gonçalves dos et al. Conhecimentos e sobrecarga do familiar cuidador frente ao paciente com demência / Knowledge and overload of the family care before the patient with dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e200231, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200231. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1156043>>. Acesso em: 02 out. 2025.

CHEN LIN, Chia et al. Análise da sobrecarga de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer: estudo transversal. Analysis of the burden of caregivers of older adults with Alzheimer's disease: cross-sectional study. **Saúde e Pesquisa**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. e12296, 2024. DOI: 10.17765/2176-9206.2024v17n1.e12296. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/12296>>. Acesso em: 30 out. 2025.

SCHILLING, Lucas Porcello et al. Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 25–39, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S102PT>>. Acesso em: 11 jun. 2025.

SILVA, Gabriela Nascimento da et al. Desenvolvimento de uma ferramenta digital para integração das escalas SPICT, Zarit e NECPAL na atenção primária à saúde. **Revista Delos**, [S. l.], v. 18, n. 63, p. e3662, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n63-132. Disponível em: <<https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/3662>>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SILVA, Thaísa Jéssica da; COSTA, Thaís Lorryne da; SANTOS, Joyce Jéssica dos et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, e20200231, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/wbT7yCZMDVq5JMSGNbx7vvz/?lang=pt>>. Acesso em: 7 ago. 2025.

SIMIONE, Albino Alves. Pesquisa qualitativa e estudos de caso: significado e linhas práticas de orientação. **Revista Estudo & Debate**, Lajeado, v. 27, n. 4, p. 81-104, dez. 2020. DOI: 10.22410/issn.1983-036X.v27i4a2020.2580. Disponível em: <<https://univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/2580>>. Acesso em: 03 out. 2025.

SMID, Jerusa et al. Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência — diagnóstico sindrômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 3, supl. 1, p. 1-24, jul.–set. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dn/a/v9G4nrNQ6QtCLhrDNPjRMkL>>. Acesso em: 02 out. 2025.

SOUZA, Gislaine Alves de; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. O cuidado de pessoas idosas em processo de fragilização: dificuldades e emoções na perspectiva de quem cuida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e230062, 2024. DOI: 10.1590/1981-22562024027.230062.pt. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/4GPmvYpbBv4DG3bLdNThjCs/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2025.

SOUZA, Pedro Henrique de et al. Impactos físicos e emocionais na saúde do cuidador informal de pacientes com doença de Alzheimer. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e1410816990, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.16990>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16990>. Acesso em: 24 out. 2025.

SOUZA, Pedro Henrique de et al. Impactos físicos e emocionais na saúde do cuidador informal de pacientes com doença de Alzheimer. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, p. e1410816990, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.16990. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/rsd/article/view/16990>>. Acesso em: 24 out. 2025.

SOUZA, Ricardo Krause Martinez de et al. Prevalência de demência em pacientes atendidos em um hospital privado no sul do Brasil. **Einstein** (São Paulo), v. 18, p. eAO4752, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4752. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/VBNwrZvwx4s9w8Jcd4jdBtg/?lang=pt>>. Acesso em: 13 jun. 2025.

TELES, Mariza Alves Barbosa et al. Condições de saúde e sobrecarga de trabalho entre cuidadores informais de pessoas idosas com síndromes demenciais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 26, e230066, 2023. DOI: 10.1590/1981-22562023026.230066.pt. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/NQpGjxMpvmcTwQhQnyDC3wD>>. Acesso em: 2 out. 2025.

VON BORSTEL, Gabriela Carolina Cremonese et al. Doença de Alzheimer: revisão de literatura / Alzheimer's disease: a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 32075, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-353. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32075>>. Acesso em: 09 jul. 2025.

ZANOTTO, Luciane Fabricio et al. Doença de Alzheimer: um estudo de caso sobre o transtorno neurocognitivo que mais afeta idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 26, e230012, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gKhpzVBNRShbDP98jXKkXMN>>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ANEXOS

Anexo 1 – Modelo de documento (TCLE) enviado para os 5 participantes de acordo com a pesquisa.

PÁGINA 1



Título do Estudo: **DECLÍNIO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NO ALZHEIMER: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM CUIDADORES SOB A ÓTICA COMPORTAMENTAL.**

Pesquisador Responsável: **RENATA MASSALAI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é analisar os impactos emocionais e psicológicos, a partir da abordagem comportamental, nos familiares cuidadores de idosos com demência, resultantes da perda das funções executivas, a fim de compreender como essas transformações afetam o bem-estar dos cuidadores e influenciam o processo de cuidado, e justifica-se pela necessidade de compreender os impactos psicológicos e emocionais dos cuidadores familiares de idosos com demência, bem como as estratégias que adotam para lidar com o manejo domiciliar..

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente, em local reservado (presencial ou virtual, via plataforma como Zoom), com duração média de 20 a 30 minutos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: os cuidadores podem se sentir cansados ao responderem os questionários, bem como gatilhos emocionais de sobrecarga no cuidado do Alzheimer. Porém, os cuidadores que tiverem cansaço poderão interromper a qualquer momento o questionário e se sentirem algum mal estar psicológico ao responder a pesquisa poderão ser encaminhados a psicólogos para assistência integral dos participantes.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são fornecer subsídios teóricos e informativos aos leitores que permitam investigar não apenas os efeitos subjetivos da atividade de cuidar de pessoas com DA, mas também as estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares no enfrentamento das demandas do cuidado domiciliar, com foco na promoção do bem-estar do cuidador e na melhoria da qualidade de vida do paciente. E investigar se a família foi assistida por algum apoio institucional, isto é, algum tipo de política pública voltada à capacitação e ao desenvolvimento de estratégias eficazes para os cuidadores e de suporte ao paciente.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e

Rubrica do pesquisador

Página 1 de 2

Rubrica do participante/responsável

PÁGINA 2

garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável RENATA MASSALAI, pelo telefone 27 3331-8516, endereço Avenida Vitória, nº 950 – Forte São João, Vitória - ES e/ou pelo e-mail psirenatamalassai@gmail.com, com o pesquisador Roberto Carlos Rodrigues, pelo telefone 27 99786-2622 e pelo e-mail robertocarlosrodrigues292@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católico de Vitória (Av. Vitória, nº 950, Bairro Forte São João, Vitória – ES – CEP: 29017-950), Telefone: 27 3331-8516.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: **DECLÍNIO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NO ALZHEIMER: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM CUIDADORES SOB A ÓTICA COMPORTAMENTAL.**

_____ Nome do participante ou responsável	Data: ____/____/____
_____ Assinatura do participante ou responsável	

Eu, Renata Massalai, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____
--	----------------------

Anexo 2 – Submissão Plataforma Brasil de acordo com a pesquisa.

PÁGINA 1

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SALESIANO - UNISALES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DECLÍNIO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NO ALZHEIMER: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM CUIDADORES SOB A ÓTICA COMPORTAMENTAL

Pesquisador: Renata Massalai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90423025.5.0000.5068

Instituição Proponente: INSPETORIA SAO JOAO BOSCO

Patrocinador Principal: INSPETORIA SAO JOAO BOSCO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.811.389

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está satisfatória. O tema do projeto relaciona-se ao declínio das funções executivas no alzheimer e as repercussões psicológicas em cuidadores sob a ótica comportamental.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo está claro. No geral, pretende-se, por meio dessa pesquisa, examinar, sob a ótica da análise do comportamento, os impactos emocionais e psicológicos vivenciados por cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer, considerando como o exercício do cuidado afeta o bem-estar dos cuidadores e a dinâmica do cuidado prestado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora responsável, os cuidadores podem se sentir cansados ao responderem os questionários, bem como gatilhos emocionais de sobrecarga no cuidado do Alzheimer. Porém, os cuidadores que tiverem cansaço poderão interromper a qualquer momento o questionário e se sentirem algum mal estar psicológico ao responder a pesquisa poderão ser encaminhados a psicólogos para assistência integral dos participantes.

Quando aos benefícios, estes são claros: a pesquisa enriquece o conhecimento

Endereço: Av. Vitória, Nº 950, Prédio Avenida Vitória, Sala 01

Bairro Forte São João

CEP: 29.017-950

UF: ES

Município VITORIA

Telefone (27)3331-8516

E- cep@unisales.br

PÁGINA 2

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SALESIANO - UNISALES



Continuação do Parecer: 7.811.389

sobre fatores específicos que aumentam o estresse emocional, em vista de estratégias de intervenção comportamental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto ora apresentado cumpre com os procedimentos éticos indicados pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram devidamente incluídos na submissão.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaçã
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2589123.pdf	31/07/2025 13:40:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREVISADO.doc	31/07/2025 13:19:52	Renata Massalai	Aceito
Folha de Rosto	PlataformaBrasil.pdf	25/06/2025 15:23:38	Renata Massalai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCROBERTO.docx	24/06/2025 21:41:42	Renata Massalai	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Vitória, Nº 950, Prédio Avenida Vitória, Sala 01
Bairro Forte São João **CEP:** 29.017-950
UF: ES **Município** VITORIA
Telefone (27)3331-8516 **E-** cep@unisales.br

PÁGINA 3

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SALESIANO - UNISALES



Continuação do Parecer: 7.811.389

VITÓRIA, 01 de Setembro de 2025

Assinado por:
Thaise Valentim Madeira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Vitória, Nº 950, Prédio Avenida Vitória, Sala 01
Bairro Forte São João **CEP:** 29.017-950
UF: ES **Município** VITÓRIA
Telefone (27)3331-8516 **E-** cep@unisaes.br

Anexo 3 – Questionário com Dados do Paciente de acordo com a pesquisa.

PÁGINA 1

DADOS DO PACIENTE

- 1) Nome Completo:
- 2) Data de nascimento:
- 3) Idade em que faleceu:
- 4) Sexo:
 - () Masculino
 - () Feminino
- 5) Grau de escolaridade:
- 6) Cuidador principal (Nome e vínculo):
- 7) Quando começaram os sintomas?
- 8) Quais mudanças foram percebidas primeiro?
- 9) Como foi evoluindo desde então?
- 10) Doenças pré-existentes:
- 11) Uso de medicamentos:
- 12) Histórico familiar de demência ou doenças neurológicas?
- 13) Alimentava-se sozinho?
 - () Sim
 - () Parcial
 - () Não
- 14) Higiene pessoal sem ajuda?
 - () Sim
 - () Parcial
 - () Não
- 15) Locomoção:
 - () Independente
 - () Bengala / Andador
 - () Cadeira de rodas
- 16) Controle de esfíncteres?
 - () Sim
 - () Não
- 17) Reconhecia familiares?
 - () Sempre
 - () Às vezes
 - () Nunca
- 18) Orientação no tempo e espaço?
 - () Boa
 - () Parcial
 - () Ausente

PÁGINA 2

- 19) Mudanças de humor/comportamento?
- 20) Presença de alucinações ou delírios?
- 21) Dormia bem?
 Sim
 Não
- 22) Descreva sobre a resposta anterior:
- 23) Apetite:
 Normal
 Reduzido
 Aumentado
- 24) Dificuldade para mastigar/engolir?
 Sim
 Não
- 25) Quantos cuidadores participaram?
- 26) Acompanhamento médico regular?
- 27) Riscos em casa? (quedas, saídas sozinho):
- 28) Você, em sua vivência, percebia garantia de direitos sendo legitimados, como de acesso a saúde, consultas e internações e todos os direitos e garantias sendo realizados com seu familiar com DA? Caso não, qual maior desafio teve em relação a políticas públicas voltada a DA?

Anexo 4 – Entrevista semiestruturada de acordo com a pesquisa.

PÁGINA 1

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Nome Completo:
- 2) Relação com o paciente:
 Cônjuge
 Filho
- 3) Idade atual:
- 4) Sexo:
 Masculino
 Feminino
- 5) Você residia com o paciente durante o período de cuidado?
 Sim
 Não
- 6) Tempo total como cuidador/a:
 Menos de 6 meses
 6 meses a 1 ano
 1 a 3 anos
 Mais de 3 anos
- 7) Qual foi a sua carga horária média diária de cuidado?
 Até 3 horas por dia
 De 4 a 6 horas por dia
 De 7 a 10 horas por dia
 Tempo integral
 Outro:
- 8) Você trabalhava fora durante o período de cuidado?
 Sim, período integral
 Sim, meio período
 Não
 Outro:
- 9) Sono adequado?
 Sim
 Não
- 10) Recebeu algum apoio psicológico durante o período de cuidador?
 Sim, regularmente
 Sim, ocasionalmente
 Não, mas gostaria
 Não, nem procurei
- 11) Sua vida social foi afetada pelo cuidado?
 Sim, totalmente
 Sim, parcialmente
 Não
 Outro:
- 12) Sua rotina pessoal (lazer, descanso, autocuidado) foi afetada?
 Sim, muito
 Sim, um pouco
 Não
 Outro:

PÁGINA 2

- 13) Possui rede de apoio?
 Sim
 Não
- 14) Como foi a divisão de responsabilidades na família?
 Divisão equilibrada
 Divisão eventual
 Cuidei praticamente sozinho/a
 Outro:
- 15) Você teve acesso a serviços de apoio ao cuidador?
 Sim, frequentemente
 Às vezes
 Nunca ouvi falar
 Não, mas gostaria
 Outro:
- 16) Com que frequência você se sentiu sobrecarregado/a?
 Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Outro:
- 17) Com que frequência você sentiu tristeza ou angústia por causa do cuidado?
 Diariamente
 Algumas vezes por semana
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Outro:
- 18) Quais os sintomas mais frequentes que você vivenciou no cuidado do dia a dia com o familiar com DA?
 Ansiedade
 Depressão
 Tristeza
 Sobrecarga emocional
- 19) A relação com o idoso mudou após o avanço da doença?
 Sim, negativamente
 Sim, tornou-se mais próxima
 Não houve grandes mudanças
 Outro:
- 20) Quais foram as suas principais preocupações no contexto do cuidado?
 Agravamento da doença
 Internação futura
 Não conseguir cuidar adequadamente
 Falta de apoio
 Outro:
- 21) Você recebeu orientação profissional sobre como cuidar de alguém com Alzheimer?
 Sim, por profissionais de saúde
 Sim, por meio de grupos ou ONGs
 Não, aprendi sozinho/a
 Não tive acesso, mas gostaria

PÁGINA 3

- 22) Você utilizou algum tipo de apoio?
 Psicólogo/a
 Fisioterapia
 Visitas domiciliares
 Religioso / Espiritual
 Grupo de apoio
 Nenhum
- 23) Que tipo de apoio você sentiu falta? (Pode marcar mais de um)
 Apoio psicológico
 Apoio financeiro
 Cuidadores profissionais
 Grupos de suporte familiar
 Informação sobre alzheimer
 Outro:
- 24) Você considera que o sistema de saúde apoia os cuidadores familiares?
 Sim
 Parcialmente
 Não
 Não sei responder
- 25) Você considera necessário maior apoio psicológico aos cuidadores de pessoas com alzheimer?
 Sim, com certeza
 Talvez
 Não
- 26) Justifique a resposta anterior:
- 27) Como foi sua experiência de vivenciar o Alzheimer com seu familiar?

Anexo 5 – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit de acordo com a pesquisa.

PÁGINA 1

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

- 1) Sentia que o seu familiar pedia mais ajuda do que realmente precisava?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 2) Sentia que devido ao tempo que passava com o seu familiar não havia tempo suficiente para si próprio/a?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 3) Sentia-se tenso/a quando tentava conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 4) Sentia-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comportava?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 5) Sentia-se irritado/a quando estava com o seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 6) Sentia que o seu familiar afetava as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 7) Tinha receio sobre o futuro destinado ao seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 8) Sentia que o seu familiar estava dependente de você?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre

PÁGINA 2

- 9) Sentia-se axausto quando estava cuidando do seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 10) Sentia que a sua saúde estava sendo afetada por causa do seu envolvimento com o seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 11) Sentia que não tinha tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 12) Sentiu que a sua vida social foi afetada negativamente pelo fato de cuidar do seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 13) Sentia-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem à sua casa por causa do seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 14) Sentia que o seu familiar parecia esperar que cuidasse dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele dependia?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 15) Sentia que não tinha dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tinha?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 16) Se sentia incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes

PÁGINA 3

- Frequentemente
 Sempre
- 17) Sentiu que perdeu o controle de sua vida desde que o seu familiar adoeceu?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 18) Desejou poder transferir o trabalho que tinha com o seu familiar para outra pessoa?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 19) Sentiu-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 20) Sentiu que poderia fazer mais pelo seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 21) Considera que poderia ter cuidado melhor do seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre
- 22) Em geral, sentia-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?
 Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre