



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE  
MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Evelise Saia Rodolpho Duarte**

**Transtorno Mental Comum em Familiares Cuidadores  
de Pacientes com Demência**

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Medicina de Botucatu,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio  
de Mesquita Filho”, para obtenção do  
título de Mestre em Fisiopatologia em  
Clínica Médica.

Orientador(a): Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

**Botucatu  
2018**

Evelise Saia Rodolpho Duarte

Transtorno Mental Comum em Familiares  
Cuidadores de Pacientes com Demência

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Medicina de Botucatu,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio  
de Mesquita Filho”, para obtenção do  
título de Mestre em Fisiopatologia em  
Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu  
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Duarte, Evelise Saia Rodolpho.

Transtorno mental comum em familiares cuidadores de  
pacientes com demência / Evelise Saia Rodolpho Duarte. -  
Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto

Capes: 40101002

1. Idosos. 2. Família. 3. Cuidadores. 4. Sobrecarga dos  
cuidadores. 5. Demência. 6. Transtorno mental comum.

Palavras-chave: Demência; Familiares cuidadores; Idosos;  
Transtorno mental comum.

**EVELISE SAIA RODOLPHO DUARTE**

**TRANSTORNO MENTAL COMUM EM FAMILIARES CUIDADORES DE  
PACIENTES COM DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Fisiopatologia em Clínica Médica.

**Orientador:** Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

**Comissão Examinadora:**

---

Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto  
Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Prof (a) Dr (a) Eliana Goldfarb Cyrino  
Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Prof (a) Dr (a) Fúlvia de Souza Veronez  
Centro Universitário de Adamantina

**Suplentes:**

---

Prof (a) Dr (a) Albina Rodrigues Torres  
Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Prof (a) Dr (a) Vanessa de Albuquerque Cítero  
Universidade Federal de São Paulo

## **Agradecimentos**

Aos meus avós que tão honrosamente me mostraram o significado de envelhecer e me inspiraram a trilhar o caminho das pesquisas sobre o envelhecimento.

Ao meu esposo e família pelo apoio em todos os momentos, nunca hesitando em me motivar e sempre acreditando em meu trabalho.

Ao meu querido orientador pela paciência e por ser uma grande referência.

A todos os familiares cuidadores de idosos com demência que aceitaram participar deste estudo.

## Resumo

**Introdução:** O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que está associado ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, como as demências. As demências desafiam não somente os pacientes, mas também seus cuidadores. Em geral, cuidar de idosos é uma responsabilidade que pertence à esfera familiar. Como consequência, familiares cuidadores estão em maior risco de adoecimento mental, resultando em depressão, sobrecarga, sintomas ansiosos e transtorno mental comum. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo verificar a prevalência de TMC em familiares cuidadores de pacientes idosos com diagnóstico de demência rotineiramente acompanhados nos ambulatórios de geriatria do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. **Métodos:** Neste estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu os instrumentos de avaliação utilizados foram: *Self Reporting Questionnaire*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Zarit Burden Interview*, Mini Exame do Estado Mental para cuidadores com 65 anos ou mais, além de questionário para coleta de dados sociodemográficos. A variável de desfecho foi “com transtorno mental comum”, definida como pontuação  $\geq 7$  no *Self Reporting Questionnaire*. As variáveis explanatórias foram de natureza sociodemográfica e clínica do cuidador. **Resultados:** A amostra foi composta por 90 cuidadores; 83 (92,2%) era do sexo feminino, 51 (56,7%) casada, 60 (66,7%) filho (a) e 62 (68,6%) possuíam alguma ocupação além de cuidar do idoso dementado. A média de idade da amostra foi 57,3 ( $\pm 11,7$ ), enquanto a média de escolaridade foi de 9,5 ( $\pm 4,9$ ) anos. Quanto às características clínicas da amostra, 62,2% dos cuidadores pontuaram para transtorno mental comum, 50% apresentou sintomas de ansiedade, 52,2% apresentou sintomas de depressão e 66,7% apresentou sobrecarga em algum nível. Os cuidadores com transtorno mental comum apresentaram escores maiores na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala Zarit com associação estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Não houve

diferença estatisticamente significativa quando comparados os dois grupos em relação às variáveis sexo, estado civil, trabalho e parentesco. A regressão logística mostrou que cuidadores com sintomas de ansiedade tiveram 15 vezes mais chances de apresentar transtorno mental comum (OR: 15,0; IC<sub>95%</sub>: 3,5-71,2) e cuidadores com sintomas de depressão tiveram 8 vezes mais chances de apresentar transtorno mental comum (OR: 8,0; IC<sub>95%</sub>: 2,1-31,1). Cuidadores com sobrecarga tiveram 7,2 vezes mais chances de apresentar transtorno mental comum (OR: 7,2; IC<sub>95%</sub>: 1,9-27,2). Os cuidadores mais jovens foram 0,93 menos propensos a apresentar transtorno mental comum (OR: 0,93; IC<sub>95%</sub>: 0,88-0,99). **Conclusão:** Os resultados encontrados demonstram que, na população estudada, existe alta prevalência de transtorno mental comum. Constatou-se a associação estatisticamente significativa de transtorno mental comum com sobrecarga (moderada, moderada/grave e grave) e com sintomas ansiosos e sintomas depressivos.

**Palavras-chaves:** Transtorno mental comum; familiares cuidadores; idosos; demência; sobrecarga; ansiedade; depressão.

## Abstract

**Introduction:** Population aging is a global phenomenon that is associated with an increase in the incidence of chronic-degenerative diseases, such as dementia. Dementia challenges not only patients but also their caregivers. In general, caring for the elderly is a responsibility that belongs to the family members. As a consequence, they are at increased risk of mental illness resulting in depressive and anxious symptoms characterized as common mental disorders, besides burden. **Objective:** The present study aims to verify the frequency of common mental disorders among family caregivers of elderly patients diagnosed with dementia routinely followed at a geriatric outpatients clinic of the “Centro de Saúde Escola”, Botucatu Medical School, UNESP. **Methods:** In this cross-sectional study, approved by the Ethics and Research Committee of Botucatu Medical School, UNESP the following assessment tools used were: Self Reporting Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Zarit Burden Interview, Mini Mental State Exam (for caregivers aged 65 years and older and questionnaire for the collection of sociodemographic data. The outcome variable was “to have common mental disorder”, defined as a score  $\geq 7$  on the Self Reporting Questionnaire. The explanatory variables were sociodemographic and clinical data of the caregiver. **Results: 90 caregivers were evaluated;** 83 (92.2%) were female, 51 (56.7%) were married, 60 (66.7%) were sons/daughters and 62 (68.6%) had some occupation besides caring for the demented elderly. The mean age was 57.3 ( $\pm 11.7$ ) and the mean educational level was 9.5 ( $\pm 4.9$ ) years. Regarding the clinical characteristics of the sample, 62.2% of the caregivers had  $\geq 7$  on Self Reporting Questionnaire, 50% had anxiety symptoms, 52.2% had depression symptoms and 66.7% burden at some level. Patients with common mental disorder showed higher scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiety and depression) and Zarit Burden Interview scales, with a statistically significant association ( $p < 0.01$ ). There was no statistically

significant difference when comparing the two groups in relation to gender, marital status, work and kinship. Logistic regression showed that caregivers with anxiety symptoms were 15 times more likely to present common mental disorder (OR: 15.0; 95% CI: 3.5-71.2) and caregivers with symptoms of depression were 8 times more likely to have common mental disorder (OR: 8.0; 95% CI: 2.1-31.1). Caregivers with burden were 7.2 times more likely to have common mental disorder (OR: 7.2; 95% CI: 1.9-27.2). Younger caregivers were 0.93 times less likely to have common mental disorder (OR: 0.93; 95% CI: 0.88-0.99). **Conclusion:** The results show that, among the population studied, there was a high prevalence of common mental disorder. We found a significant association of common mental disorder with burden (moderate, moderate/severe and severe) and with anxiety and depression symptoms.

**Keywords:** Common mental disorder; family caregivers; elderly; dementia; burden; anxiety; depression.

## **Lista de abreviações e siglas**

ABN: Associação Brasileira de Neurologia  
CID: Classificação Internacional de Doenças  
CSE: Centro de Saúde Escola  
DA: Doença de Alzheimer  
DCL: Demência com Corpos de Lewy  
DDP: Demência da Doença de Parkinson  
DFT: Demência Frontotemporal  
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
DV: Demência Vascular  
FMB: Faculdade de Medicina de Botucatu  
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale  
MEEM: Mini Exame do Estado Mental  
OMS: Organização Mundial da Saúde  
PNI: Política Nacional do Idoso  
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences  
SRQ: Self Reporting Questionnaire  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TMC: Transtorno Mental Comum  
UNESP: Universidade Estadual Paulista  
UVF: Unidade da Vila Ferroviária  
UVL: Unidade da Vila dos Lavradores  
ZBI: Zarit Burden Interview  
PRMQ: Prospective and Retrospective Questionnaire

## SUMÁRIO

|       |                                                    |    |
|-------|----------------------------------------------------|----|
| 1.    | Introdução .....                                   | 1  |
| 2.    | Fundamentação Teórica .....                        | 3  |
| 2.1   | Demência em idosos .....                           | 3  |
| 2.2   | O cuidador familiar .....                          | 3  |
| 2.3   | Saúde mental dos cuidadores familiares .....       | 5  |
| 3.    | Objetivo Geral .....                               | 7  |
| 3.1   | Objetivo Específico .....                          | 7  |
| 4.    | Métodos .....                                      | 8  |
| 4.1   | Desenho do estudo .....                            | 8  |
| 4.2   | Local e período .....                              | 8  |
| 4.3   | Amostra, critérios de inclusão e de exclusão ..... | 8  |
| 4.3.1 | Fluoxograma da Pesquisa .....                      | 9  |
| 4.4   | Instrumentos .....                                 | 10 |
| 4.4.1 | Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) .....        | 10 |
| 4.4.2 | Zarit Burden Interview (ZBI) .....                 | 10 |
| 4.4.3 | Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ..... | 11 |
| 4.4.4 | MEEM ("Mini-Exame do Estado Mental") .....         | 11 |
| 4.5   | Apresentação dos dados .....                       | 11 |
| 4.6   | Análise estatística .....                          | 12 |
| 4.7   | Aspectos Éticos .....                              | 12 |
| 5.    | Resultados .....                                   | 13 |
| 6.    | Discussão .....                                    | 18 |
| 7.    | Conclusões .....                                   | 21 |
| 8.    | Referências Bibliográficas .....                   | 22 |
|       | APÊNDICE 1 .....                                   | 31 |
|       | APÊNDICE 2 .....                                   | 37 |

## 1. Introdução

O interesse pelo estudo originou-se a partir de inquietações provocadas durante participação nos ambulatórios de geriatria no Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-Unesp), enquanto aluna da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto/Idoso, ao verificar que cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de demência atendidos nos ambulatórios com frequência relatavam queixas físicas e emocionais, algumas vezes associadas ao desgaste gerado pelo cuidado com o idoso.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial.<sup>1</sup> Entre 2015 e 2050, é esperado que a proporção da população mundial com 60 ou mais anos passe de 12% para 22%<sup>2</sup> e que, em 2050, 80% dos idosos serão de países em desenvolvimento.<sup>2</sup> A população brasileira vem passando, nas últimas décadas, por um processo acelerado de transição demográfica, com aumento significativo do segmento de idosos, gerando uma série de demandas e desafios para pesquisadores e gestores dos sistemas de saúde.<sup>3</sup> Até o ano de 2025, é esperado que o Brasil se torne o sexto país do mundo em número absoluto de idosos.<sup>2,3</sup>

Neste contexto, alterações físicas, psicológicas e sociais são gradativas e naturais no processo de envelhecimento.<sup>4</sup> O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, como as demências está relacionado à perda de funcionalidade nas atividades de vida diária.<sup>4,5-6</sup> De acordo com estimativas atuais, 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com demência, e esse número provavelmente vai duplicar até 2030.<sup>7</sup>

Familiares cuidadores de pacientes com demência são desafiados a lidar com os sintomas da doença muitas vezes sem o conhecimento e apoio adequados, estando assim expostos a possibilidade de adoecimento. Vários países apresentam crescimento na prevalência do Transtorno Mental Comum (TMC), porém, poucos casos são identificados e tratados adequadamente e por este transtorno não ser uma prioridade nas práticas de saúde, em que os profissionais raramente estão preparados para identificá-lo, quando um caso é diagnosticado, constata-se uma dificuldade no acompanhamento do sujeito adoecido<sup>8-9</sup>.

Considerando o aumento da população idosa no Brasil e que estes indivíduos, em determinadas situações necessitam de cuidadores que normalmente são os próprios familiares (cuidadores formais geram custos altos que não podem, muitas vezes, ser devidamente pagos pela família ou mesmo pelos indivíduos dementados), este estudo propõe a verificação da prevalência do Transtorno Mental Comum em familiares cuidadores de idosos com diagnóstico de demência acompanhados em ambulatórios de geriatria, partindo da hipótese de que esses indivíduos estão mais propensos a apresentar o TMC, podendo este estar associado a sobrecarga emocional e sintomas de ansiedade e/ou depressão.

## **2. Fundamentação Teórica**

### **2.1 Demência em idosos**

Segundo a Academia Brasileira de Neurologia (ABN, 2011), a demência é uma síndrome caracterizada por alterações cognitivas e comportamentais que causam declínio funcional nas atividades de vida diária.<sup>6,7,10</sup>

O declínio na cognição deve envolver um ou mais domínios cognitivos (memória, linguagem, função executiva, atenção, habilidade visuoespaciais, cálculo), e os déficits devem representar uma queda de nível anterior de funcionamento e ser grave o suficiente para interferir com a funcionalidade diária e independência.<sup>7,10</sup>

Ainda conforme a Academia Brasileira de Neurologia,<sup>10</sup> dentre as demências, a mais comum (65%) é a relacionada à doença de Alzheimer (DA) que se caracteriza por apresentar um curso insidioso. Inicialmente, na maioria dos casos, somente o domínio cognitivo “memória episódica” encontra-se comprometido e, com o avanço da doença, observam-se perdas em outros domínios, além de alterações comportamentais. A etiologia da doença de Alzheimer não é conhecida.<sup>10</sup>

Outras entidades nosológicas frequentes relacionadas a quadros demenciais são: demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL), demência frontotemporal (DFT) e demência da doença de Parkinson (DDP). Existem, ainda, as demências denominadas potencialmente reversíveis, sendo estas relacionadas a quadros depressivos graves, infecções do sistema nervoso central (sífilis, HIV), hipovitaminoses (vitamina B12, ácido fólico) e distúrbios metabólicos (hipo e hipertireoidismo).<sup>10,11-12</sup>

Em todos os casos de demência, há perda da funcionalidade, o que gera dependência.<sup>12</sup>

### **2.2 O cuidador familiar**

As demências apresentam um desafio não somente aos acometidos, mas também aos cuidadores e familiares.<sup>13</sup> Muitas vezes, o curso destas doenças é longo,<sup>14</sup> demandando múltiplos cuidados por parte dos sistemas de saúde.<sup>12,13-14</sup>

Em geral, no mundo todo, cuidar de idosos é uma responsabilidade que pertence à esfera familiar, cumprindo assim, a família, uma norma social.<sup>15,16</sup>

A Política Nacional do Idoso (PNI) confere especial destaque ao papel da família, no cuidado e manutenção da autonomia do idoso.<sup>15</sup> Apesar da importância atribuída, a participação da família torna-se difícil, tanto pela condição financeira, como também pela falta de informação acerca do processo de envelhecimento e sobre como cuidar do idoso.<sup>15</sup>

Os cuidadores de idosos podem ser classificados como formais ou informais.<sup>15,16</sup> Os cuidadores formais são os que tiveram algum tipo de formação para a realização deste papel.<sup>16</sup> Já os cuidadores informais são aqueles que não receberam formação específica, sendo estes, na maioria das vezes, familiares do idoso com diagnóstico de demência ou até mesmo uma pessoa contratada pela família para realizar o trabalho de cuidar.<sup>16</sup>

Cuidadores oriundos de redes de apoio informal (familiares, amigos) representam de maneira expressiva a atenção ao idoso.<sup>16</sup> Além disso, na literatura encontram-se duas categorias de cuidadores, sendo o cuidador primário aquele que detém a responsabilidade sobre o paciente e administra os cuidados e o cuidador secundário, a quem cabe realizar o transporte do idoso, proporcionar atividades sociais, responsabilizar-se por questões burocráticas e financeiras.<sup>16</sup>

A assistência à saúde de pacientes idosos com doenças crônico-degenerativas, como as demências - que exigem longos períodos de tratamento - acarreta para os profissionais de saúde a necessidade de utilização de abordagem que envolva a família no cuidado, pois é através da participação dos familiares que se garante a preservação dos valores culturais e a valorização do domicílio na disponibilização de cuidados informais em saúde.<sup>17</sup>

À medida que a população idosa cresce, o número de indivíduos com demência que precisam de assistência para a vida diária e tarefas de auto cuidado é suscetível a aumentar e conseqüentemente, o número de cuidadores que cuidam de pacientes com demência pode crescer.<sup>18</sup>

Famíliares que cuidam de seus idosos representam 90% dos cuidadores<sup>15-16</sup> e, normalmente, o cuidador familiar é uma pessoa do sexo feminino que reside com o idoso que necessita de cuidado e realiza seus afazeres sem necessariamente possuir capacitação específica.<sup>15,16,17-18</sup>

Sendo assim, idosos diagnosticados com demência vivem preferencialmente em suas residências, recebendo os cuidados de um familiar, geralmente filha ou esposa.<sup>19</sup>

### **2.3 Saúde mental dos cuidadores familiares**

Os familiares cuidadores de pacientes com demência são, muitas vezes, desafiados a controlar os sintomas da doença sem o conhecimento adequado e/ou sem o apoio de outras pessoas,<sup>20,21</sup> deparando-se com tarefas múltiplas e desafiadoras, que incluem aceitar o diagnóstico, administrar o conflito familiar, reprogramar o futuro e, principalmente, na realização das atividades diárias, administração de medicamentos e suporte financeiro e legal ao paciente.<sup>19</sup> Como resultado, os cuidadores estão em maior risco de acometimento do bem-estar físico e mental, resultando em ansiedade, depressão, sobrecarga do cuidador, além de queixas somáticas.<sup>21-27</sup>

Cuidadores tendem a apresentar maiores taxas de depressão, podendo ter mais problemas de saúde que pessoas que não são cuidadores e, além disso, cuidadores que participam menos de atividades sociais apresentam mais problemas no trabalho e maior frequência de conflitos familiares.<sup>28</sup> Cuidar de um familiar com demência é um processo complexo e multifatorial,<sup>29-31</sup> associado a uma sobrecarga grave para cuidadores.<sup>31,32</sup> O grau de sobrecarga vivenciada pelos cuidadores depende de vários fatores, tais como a saúde psicológica ou emocional, morbidades físicas, vida social, etnia e renda, portanto, não apenas dos sintomas de demência da pessoa que está sendo cuidada.<sup>33-35</sup>

De acordo com estudos prévios, mais da metade dos cuidadores familiares de pacientes com demência relataram sofrer algum tipo de sobrecarga.<sup>27-29</sup>

A sobrecarga do cuidador é definida como “a extensão na qual os cuidadores percebem sua emoção, saúde física, vida social, como um resultado dos cuidados para com seu familiar”, que resulta no conceito de sobrecarga como o produto de um

processo específico e interpretativo da doença crônica.<sup>36</sup> O conceito de sobrecarga pode ser diferenciado em duas dimensões, sendo uma objetiva e outra subjetiva.<sup>36-37</sup> A sobrecarga objetiva refere-se às consequências negativas observáveis geradas pelo papel de cuidador, tais como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional dos cuidadores, perdas financeiras, realização de tarefas e supervisão de comportamentos problemáticos.<sup>37</sup> O aspecto subjetivo da sobrecarga remete às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados por se tornar cuidador de um paciente com sintomas psiquiátricos.<sup>37,38-40</sup>

Contudo, existem cuidadores que apresentam estados de angústia que se manifestam com sintomas ansiosos, depressivos e somáticos e que não preenchem critérios formais para diagnósticos de depressão ou ansiedade, de acordo com o DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*) ou CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão*), caracterizando assim o transtorno mental comum (TMC).<sup>41</sup>

A presença do TMC associa-se à incapacidade funcional comparável à de quadros psíquicos crônicos já bem estabelecidos.<sup>41,42</sup> Uma proporção significativa de usuários da atenção primária à saúde tem TMC.<sup>42</sup> Este quadro clínico, em geral, não faz com que os pacientes procurem a assistência necessária, e, muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo não receber o tratamento adequado.

### **3. Objetivo Geral**

Estimar a prevalência de transtorno mental comum em familiares cuidadores de idosos com diagnóstico de demência.

#### **3.1 Objetivos Específicos**

- Identificar a prevalência de sintomas ansiosos, sintomas depressivos e sobrecarga em familiares cuidadores de idosos com demência;
- Verificar quais os fatores clínicos e sociodemográficos estão associados a ocorrência de transtorno mental comum.

## **4. Métodos**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo observacional e transversal.

### **4.2 Local e período**

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, local onde funcionam os ambulatórios de geriatria. Os ambulatórios de geriatria acontecem semanalmente todas as segundas e sextas-feiras com disponibilização de consultas de enfermagem e atendimento médico aos pacientes com 60 anos ou mais, sendo o atendimento médico realizado por internos do 5º ano de medicina, supervisionados por médicos geriatras.

O Centro de Saúde Escola (CSE) está situado em Botucatu, cidade do interior paulista, constituída por 141 mil habitantes (IBGE, 2016). Possui duas unidades, a Unidade Vila dos Lavradores (UVL) que iniciou suas atividades em 1972 e a Unidade da Vila Ferroviária (UVF) constituída 10 anos depois. O Centro de Saúde Escola (CSE) é uma unidade da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-Unesp) voltada para ensino, pesquisa e atenção primária à saúde. É responsável pela assistência à saúde através de Programas de Atenção à Criança e ao Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso.

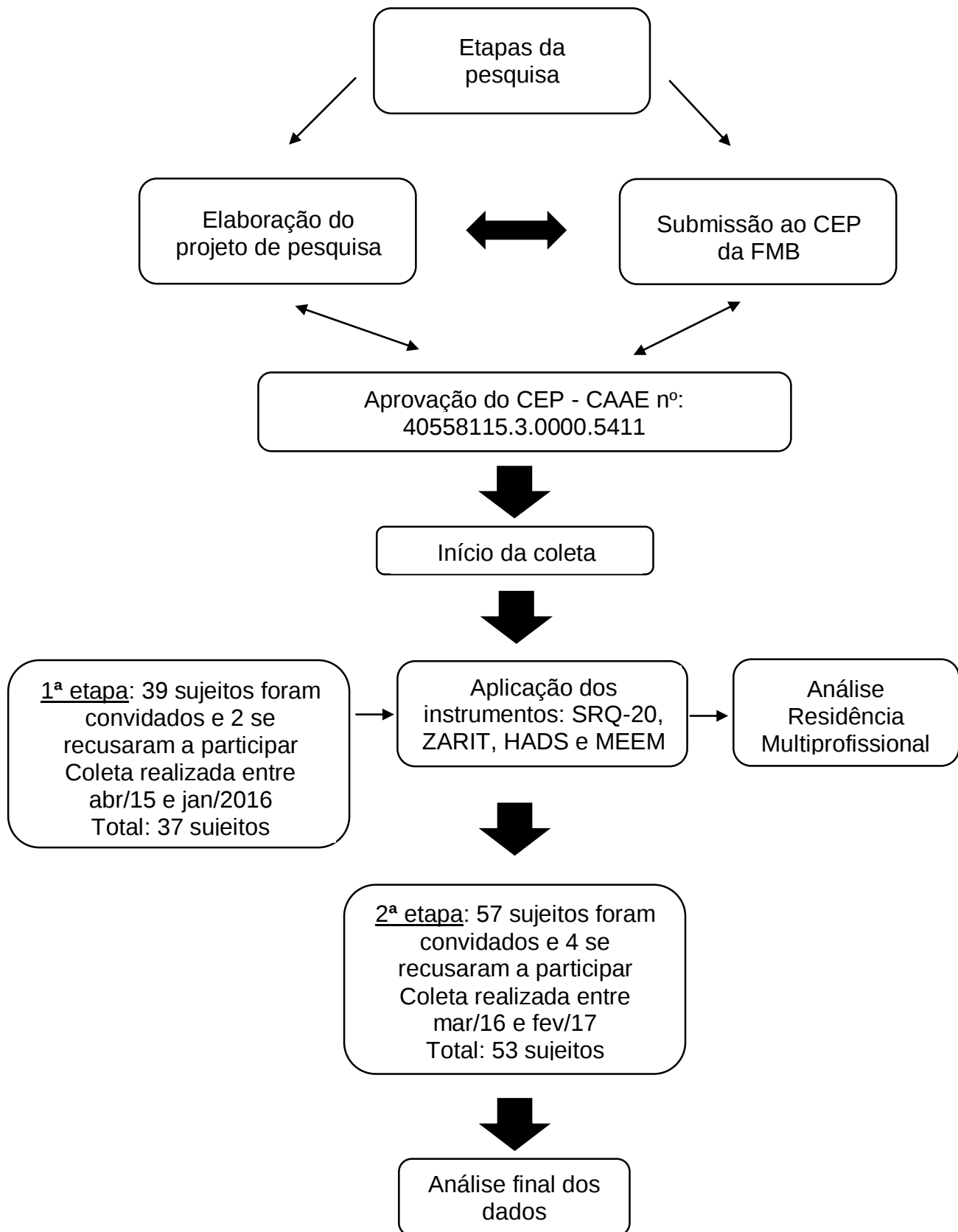
### **4.3 Amostra, critérios de inclusão e de exclusão**

A população-alvo foi constituída por cuidadores de idosos com demência que se encontravam em sala de espera para consulta médica ou de enfermagem.

Foram convidados a participar da pesquisa os familiares de pacientes com demência, com 18 ou mais anos de idade, que possuíam algum parentesco com o idoso, que concordaram em participar da pesquisa e mostraram-se capazes de entender, segundo as impressões da pesquisadora, as perguntas contidas nos instrumentos de avaliação.

Os critérios de exclusão foram o não preenchimento de um ou mais critérios de inclusão.

#### 4.3.1 Fluxograma da Pesquisa



## 4.4 Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados foram aplicados em forma de entrevista dirigida. A entrevista é considerada uma relação humana na qual um dos integrantes tem por objetivo compreender determinado fenômeno e atuar segundo esse conhecimento.<sup>43</sup>

### 4.4.1 *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*

O *Self Reporting Questionnaire - 20 (SRQ-20)*<sup>44</sup> foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de ser um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (não-psicóticos) na atenção primária à saúde de países em desenvolvimento. Possui 20 questões com respostas binárias, é autoaplicável e de fácil compreensão.<sup>44-45</sup> (Apêndice 1)

No estudo brasileiro de validação do instrumento<sup>44</sup>, o escore de 7/8, independente do sexo, mostrou sensibilidade de 83% e especificidade de 80%, portanto, foi o escore utilizado no presente estudo. Assim, as respostas que apresentaram escore  $\geq 7$ , foram consideradas como indicadores de TMC.

### 4.4.2 *Zarit Burden Interview (ZBI)*

A *Zarit Burden Interview* é um instrumento com 22 itens que avaliam a sobrecarga em cuidadores associada ao cuidado de pacientes com incapacidades funcionais e comportamentais, sendo a mais utilizada para avaliar a sobrecarga em cuidadores de pacientes idosos com demência.<sup>46</sup> Esses 22 itens correspondem a áreas de interesse do entrevistado, tais como saúde, vida pessoal e social, situação financeira, bem-estar emocional e relacionamentos interpessoais.<sup>46</sup>

Cada item da escala é marcado de 0 a 4, sendo 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = bastante frequentemente, 4 = quase sempre, pontuação esta que indica ao cuidador entrevistado a frequência de cada item<sup>46</sup>. A pontuação total da escala é obtida adicionando todos os itens e pode variar de 0 a 88, ou seja, quanto maior o escore total, maior a sobrecarga.<sup>46</sup> Os intervalos de escores são:  $\leq 21$  pontos corresponde a ausência de sobrecarga; 22 a 40 pontos corresponde a sobrecarga moderada; 41 a 60 pontos corresponde a sobrecarga moderada a grave e  $\geq 61$  corresponde a sobrecarga grave.<sup>46</sup> (Apêndice 1)

#### **4.4.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

A escala hospitalar de ansiedade e depressão é um instrumento autoaplicável que possui 14 itens, com subescalas de ansiedade e depressão. Com ponto de corte 8 no estudo de validação<sup>47</sup> apresentou 93,7% de sensibilidade e 72,6% de especificidade para ansiedade e para depressão, 84,6% de sensibilidade e 90,3% de especificidade. (Apêndice 1)

As principais características da escala são: 1. Sintomas vegetativos que podem ocorrer em doenças físicas foram evitados; 2. Os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; 3. O conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia; 4. Destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; 5. É curta, podendo ser rapidamente preenchida; 6. Ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana.<sup>47</sup>

#### **4.4.4 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)**

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento para rastreio de comprometimento cognitivo.<sup>48</sup> O MEEM avalia a orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção/cálculo, memória de evocação, função executiva, linguagem e habilidade visuoespacial. Trata-se de um instrumento mundialmente utilizado.<sup>49</sup>

No presente estudo o instrumento foi aplicado apenas em cuidadores com 65 anos ou mais.

Considerando que o desempenho no MEEM é influenciado pela escolaridade (em anos)<sup>48-49</sup>, tem-se os seguintes escores de corte: analfabetos (<18), 1 a 4 anos (<22), 5 a 8 anos (<24), 9 a 11 anos (<27) e 12 ou mais (<28).<sup>48</sup>. (Apêndice 1)

#### **4.5 Apresentação dos dados**

As variáveis categóricas dos dados sociodemográficos foram apresentadas em números absolutos e relativos e as contínuas, por meio de médias (desvio-padrão) ou medianas (intervalos interquartílicos), conforme a distribuição das variáveis ser normal ou não.

A variável de desfecho categórica foi “com TMC”, definida como pontuação “ $\geq 7$ ” no SQR-20. As variáveis explanatórias foram de natureza sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, parentesco e ocupação) e clínica (pontuação na HADS-ansiedade, na HADS-depressão e na ZBI) do cuidador.

#### **4.6 Análise estatística**

As associações entre as variáveis categorizadas foram obtidas utilizando o teste do Qui-Quadrado. A comparação das médias das variáveis contínuas foi realizada utilizando o teste T-Student.

Na análise multivariada, foi utilizado o modelo de regressão logística. O nível de significância estatística foi de 0,05.

As análises foram feitas utilizando os softwares “SPSS v.22” e STATA Data Analysis and Statistical Software.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) e aprovado com número CAAE 40558115.3.0000.5411. Todos os pacientes foram orientados sobre a pesquisa e preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

## 5. Resultados

A amostra foi composta por 90 cuidadores; 83 (92,2%) era do sexo feminino, 51 (56,7%) casada, 60 (66,7%) filho (a) e 62 (68,6%) possuíam alguma ocupação além de cuidar do idoso dementado. A média de idade da amostra foi 57,3 ( $\pm$  11,7) e a média de escolaridade foi de 9,5 ( $\pm$  4,9) anos.

Outras características sociodemográficas encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra**

| <b>Variáveis Quantitativas</b> | <b>Média (DP)</b> |          |
|--------------------------------|-------------------|----------|
| Idade (anos)                   | 57,3 (11,7)       |          |
| Escolaridade (anos)            | 9,5 (4,9)         |          |
| <b>Variáveis Categóricas</b>   | <b>N</b>          | <b>%</b> |
| <b>Gênero</b>                  | -                 | -        |
| Feminino                       | 83                | 92,2     |
| Masculino                      | 07                | 7,8      |
| <b>Situação Conjugal</b>       | -                 | -        |
| Casado ou União Estável        | 51                | 56,7     |
| Solteiro                       | 20                | 22,2     |
| Divorciado                     | 16                | 17,8     |
| Viúvo                          | 03                | 3,3      |
| <b>Trabalha</b>                | -                 | -        |
| Sim                            | 62                | 68,6     |
| Não                            | 28                | 31,4     |
| <b>Ocupação</b>                | -                 | -        |
| Dona de casa                   | 26                | 28,8     |
| Aposentado (a)                 | 22                | 24,4     |
| Faxineira                      | 10                | 11,1     |
| Profissional de enfermagem     | 07                | 7,8      |
| Cabeleireira                   | 04                | 4,4      |
| Artesã                         | 04                | 4,4      |
| Costureira                     | 03                | 3,3      |
| Professor (a)                  | 03                | 3,3      |
| Comerciante                    | 03                | 3,3      |
| Secretária                     | 02                | 2,2      |
| Func. Público                  | 02                | 2,2      |
| Desempregado (a)               | 02                | 2,2      |
| Assistente social              | 01                | 1,1      |
| Advogada                       | 01                | 1,1      |
| <b>Parentesco</b>              | -                 | -        |
| Filho (a)                      | 60                | 66,7     |
| Cônjuge                        | 11                | 12,2     |
| Neto (a)                       | 08                | 8,9      |

|            |    |     |
|------------|----|-----|
| Amigo (a)  | 05 | 5,6 |
| Nora/Genro | 03 | 3,3 |
| Irmão      | 02 | 2,2 |
| Sobrinho   | 01 | 1,1 |

Quanto as características clínicas da amostra, foram identificados 56(62,2%) cuidadores com TMC, 45(50%) apresentaram ansiedade, 47(52,2%) depressão e 60(66,7%) sobrecarga em algum nível (Tabela 2).

**Tabela 2. Características clínicas da amostra**

| <b>Variáveis Quantitativas</b>         | <b>Média (DP)</b> |          |
|----------------------------------------|-------------------|----------|
| <i>Escore SRQ-20</i>                   | 8,2 (4,4)         |          |
| <i>Escore HADS-ANSIEDADE</i>           | 8,8 (4,9)         |          |
| <i>Escore HADS-DEPRESSÃO</i>           | 7,9 (4,5)         |          |
| <i>Escore ZARIT</i>                    | 29,8 (16,2)       |          |
| <b>Variáveis Categóricas</b>           | <b>N</b>          | <b>%</b> |
| <b><i>Transtorno Mental Comum</i></b>  | -                 | -        |
| <i>Sim (≥7 pontos)</i>                 | 56                | 62,2     |
| <i>Não (&lt;7 pontos)</i>              | 34                | 37,8     |
| <b><i>Ansiedade</i></b>                | -                 | -        |
| <i>Improvável (≤7 pontos)</i>          | 45                | 50,0     |
| <i>Possível (8-11 pontos)</i>          | 19                | 21,1     |
| <i>Provável (≥12 pontos)</i>           | 26                | 28,9     |
| <b><i>Depressão</i></b>                | -                 | -        |
| <i>Improvável (≤7 pontos)</i>          | 43                | 47,8     |
| <i>Possível (8-11 pontos)</i>          | 30                | 33,3     |
| <i>Provável (≥12 pontos)</i>           | 17                | 18,9     |
| <b><i>Sobrecarga</i></b>               | -                 | -        |
| <i>Ausência (≤21 pontos)</i>           | 30                | 33,3     |
| <i>Moderada (22-40 pontos)</i>         | 44                | 48,9     |
| <i>Moderada a Grave (41-60 pontos)</i> | 11                | 12,2     |
| <i>Grave (≥61 pontos)</i>              | 05                | 5,6      |

Houve diferença estatisticamente significativa considerando a proporção de cuidadores com sobrecarga entre os grupos com e sem TMC ( $p < 0,01$ ), ou seja, indivíduos com TMC apresentaram mais sobrecarga (Tabela 3).

**Tabela 3. Associação da distribuição dos escores do SRQ-20 com os escores da Zarit**

|                |    | <b>**ZBI</b> |           |                |         | <b>*p</b> |
|----------------|----|--------------|-----------|----------------|---------|-----------|
|                |    | Ausente      | Moderado  | Moderado/grave | Grave   |           |
|                |    | N (%)        | N (%)     | N (%)          | N (%)   |           |
| <b>#SRQ-20</b> | <7 | 22 (24,4)    | 10 (11,1) | 2 (2,2)        | 0       | <0,01     |
|                | ≥7 | 8 (8,8)      | 34 (37,7) | 9 (10,0)       | 5 (5,5) |           |

\*Teste do Qui-Quadrado; \*\*ZBI, Zarit Burden Interview”; #SRQ-20, “Self Reporting Questionnaire”

Houve diferença estatisticamente significativa considerando a proporção de cuidadores com sintomas ansiosos e depressivos entre os grupos com e sem TMC ( $p < 0,01$ ). Pacientes com TMC apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão (Tabelas 4 e 5).

**Tabela 4. Associação da distribuição dos escores do SRQ-20 com os escores da HADS-Ansiedade**

|                |  | <b>**HADS – Ansiedade</b> |           |           | <b>*p</b> |
|----------------|--|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>#SRQ-20</b> |  | Improvável                | Possível  | Provável  |           |
|                |  | N (%)                     | N (%)     | N (%)     |           |
| Ausente        |  | 34 (37,7)                 | 6 (6,6)   | 1 (1,1)   | <0,01     |
| Presente       |  | 11 (12,2)                 | 13 (14,4) | 25 (27,7) |           |

\*Teste do Qui-Quadrado; \*\*HADS, “Hospital Anxiety and Depression Scale; #SRQ, “Self Reporting Questionnaire”

**Tabela 5. Associação da distribuição dos escores do SRQ-20 com os escores da HADS-Depressão**

| <b>**HADS – Depressão</b> |            |           |           |           |
|---------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>#SRQ-20</b>            | Improvável | Possível  | Provável  | <b>*p</b> |
|                           | N (%)      | N (%)     | N (%)     |           |
| Ausente                   | 31 (34,4)  | 9 (10,0)  | 1 (1,1)   | <0,01     |
| Presente                  | 12 (13,3)  | 21 (23,3) | 16 (17,7) |           |

\*Teste do Qui-Quadrado; HADS, “Hospital Anxiety and Depression Scale”; #SRQ, “Self Reporting Questionnaire”

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem TMC, considerando idade ( $p=0,24$ ) e escolaridade ( $p=0,09$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados os dois grupos em relação às variáveis sexo, estado civil, trabalho e parentesco (Tabela 6).

**Tabela 6. Características da amostra de acordo com a presença ou ausência de transtorno mental comum (TMC)**

|                     | <b>TMC(+)</b><br><b>(N=56)</b> |          | <b>TMC(-)</b><br><b>(N=34)</b> |          | <b>*p</b> |
|---------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|-----------|
|                     | <b>N</b>                       | <b>%</b> | <b>N</b>                       | <b>%</b> |           |
| <b>Sexo</b>         | -                              | -        | -                              | -        | 0,60      |
| Feminino            | 51                             | 56,6     | 32                             | 35,5     |           |
| Masculino           | 05                             | 5,5      | 02                             | 2,2      |           |
| <b>Estado Civil</b> | -                              | -        | -                              | -        | 0,21      |
| Com Companheiro     | 31                             | 34,4     | 20                             | 22,2     |           |
| Sem Companheiro     | 25                             | 27,7     | 14                             | 15,5     |           |
| <b>Trabalha</b>     | -                              | -        | -                              | -        | 0,20      |
| Sim                 | 38                             | 42,2     | 24                             | 26,6     |           |
| Não                 | 18                             | 20,0     | 10                             | 11,1     |           |
| <b>Parentesco</b>   | -                              | -        | -                              | -        | 0,79      |
| Filho (a)           | 40                             | 44,4     | 20                             | 22,2     |           |
| Cônjuge             | 06                             | 6,6      | 05                             | 5,5      |           |
| Outro               | 10                             | 11,1     | 09                             | 10       |           |

\*Teste do Qui-Quadrado

A média do MEEM da amostra coletada (14 sujeitos) foi de 27,0 ( $\pm 1,9$ ). Nenhum cuidador entrevistado obteve escores abaixo do esperado para sua escolaridade.

Na análise multivariada, considerou-se como variável dependente “ter ou não TMC”, utilizou-se o valor de  $p < 0,25$  (associações) para inserir as variáveis no modelo de regressão. A regressão logística mostrou que cuidadores com sintomas de ansiedade de acordo com o resultado da HADS-Ansiedade (possível e provável) tiveram 15 vezes mais chances de apresentar TMC (OR: 15,0; IC<sub>95%</sub>: 3,5-71,2) e cuidadores com sintomas de depressão de acordo com o resultado da HADS-Depressão (possível e provável) tiveram 8 vezes mais chances de apresentar TMC (OR: 8,0; IC<sub>95%</sub>: 2,1-31,1). Cuidadores com sobrecarga de acordo com a pontuação na ZBI tiveram 7,2 vezes mais chances de apresentar TMC (OR: 7,2; IC<sub>95%</sub>: 1,9-27,2). Cuidadores mais jovens foram 0,93 menos propensos a apresentar TMC (OR: 0,93; IC<sub>95%</sub>: 0,88-0,99).

**Tabela 7. Estimativas e Intervalos a 95% de confiança (IC) das razões das chances (OR), obtidos pelo modelo de regressão logística.**

|                                             | OR   | IC <sub>95%</sub> (OR) |                 |
|---------------------------------------------|------|------------------------|-----------------|
|                                             |      | Limite inferior        | Limite superior |
| <b>HADS-Ansiedade (possível e provável)</b> | 15,0 | 3,5                    | 71,2            |
| <b>HADS-Depressão (possível e provável)</b> | 8,0  | 2,1                    | 31,1            |
| <b>Sobrecarga do cuidador</b>               | 7,2  | 1,9                    | 27,2            |
| <b>Idade (mais jovens)</b>                  | 0,93 | 0,88                   | 0,99            |

## 6. Discussão

De acordo com a literatura, a maioria dos cuidadores é representada por mulheres,<sup>21,37,50,51-57</sup> fato observado no presente estudo, visto que 92,2% da amostra foi composta por cuidadores do sexo feminino. Pode-se observar que apesar de todas as transformações ocorridas no papel da mulher na sociedade através das gerações, a mulher ainda detém o saber sobre o cuidado.<sup>58,59,60.</sup>

Vários países apresentam crescimento na prevalência do TMC, porém, poucos casos são identificados e tratados adequadamente e, além disso, por este transtorno não ser uma prioridade nas práticas de saúde, em que os profissionais raramente estão preparados para identificá-lo, quando um caso é diagnosticado, constata-se uma dificuldade no acompanhamento dos seus portadores.<sup>41-42</sup>

Observou-se na amostra uma prevalência de TMC em familiares cuidadores de pacientes com demência de 62,2%, portanto, mais alta que a da população geral brasileira, que, de acordo com estudos prévios, variou de 20% a 56%,<sup>61</sup> e que a da população global, que de acordo com uma revisão sistemática,<sup>62</sup> foi de 29.2%.

No Brasil, um estudo de 2014 em uma população de 604 indivíduos de um serviço de atenção primária à saúde, foi encontrada uma prevalência de TMC de 31,4%,<sup>63</sup> enquanto outro estudo brasileiro de 2013 mostrou uma prevalência de TMC em uma população idosa do município de Campinas de 29,7%.<sup>64</sup>

Outro estudo nacional avaliou a presença de TMC em 58 cuidadoras familiares de idosos com demência, utilizando os instrumentos SRQ-20, ZBI, *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire* (PRMQ-10) e Escala Funcional de Pfeffer, no qual foi encontrada uma prevalência de 46,55%. Neste estudo, a presença de TMC associou-se à prática de esportes, dores nas costas e tempo de cuidado diário.<sup>22</sup> Aqueles que não praticavam esportes, que cuidavam parcialmente (<24 horas) e que apresentaram dores nas costas tiveram mais chance de ter TMC<sup>22</sup>.

Em relação à presença de sobrecarga, 66,7% dos cuidadores do presente estudo a apresentou, sendo 48,9% moderada. Os dados corroboram estudos nacionais<sup>22</sup> e

internacionais,<sup>65-67</sup> que mostraram maior prevalência de sobrecarga do tipo moderada em familiares cuidadores de pacientes com demência.

Uma pesquisa<sup>68</sup> apontou os efeitos negativos da situação de cuidado sobre a saúde física e mental do cuidador mencionando a prevalência de transtornos psiquiátricos, maior incidência no uso de medicação psicotrópica, mais doenças somáticas, alteração na saúde clínica geral, isolamento social, estresse pessoal e familiar, sentimento de obrigatoriedade para o exercício da função, entre outros.<sup>68</sup>

No presente estudo, constatou-se associação significativa entre TMC e sobrecarga, dado discordante de um estudo nacional de 2012 que não mostrou esta mesma associação.<sup>22</sup>

Em um estudo internacional realizado nos Estados Unidos<sup>67</sup> houve associação de sobrecarga do cuidador à qualidade de vida, de modo que a presença de um dos tipos de sobrecarga está relacionada à piora da qualidade de vida e a maior presença de distúrbios de comportamento e presença de sintomas depressivos.<sup>67</sup>

Os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados entre os cuidadores do que no resto da população<sup>69,70</sup> e também nota-se pior saúde auto referida entre os cuidadores de idosos com doença de Alzheimer.<sup>71</sup> No presente estudo, observou-se a associação estatisticamente significativa entre pacientes com TMC e sintomas ansiosos e depressivos.

Alguns estudos sugerem que controlar os sintomas comportamentais têm sido relatado como sendo mais desgastante para os cuidadores de idosos com demência do que gerenciar o declínio cognitivo, especialmente na demência de aparecimento precoce.<sup>72,73,74</sup>

O conhecimento destas características é de grande importância para o estabelecimento de medidas mais adequadas de suporte e apoio a essa população. Portanto, torna-se necessária a criação de propostas de estratégias de intervenção dirigidas aos cuidadores baseadas em suas necessidades e principais problemas. Um exemplo de intervenção já realizada anteriormente no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) com cuidadores de idosos foi a disponibilização de grupos de apoio e cursos baseados na psicoeducação.<sup>75</sup> Neste

contexto, a intervenção psicoeducacional contribui significativamente para a melhora do bem-estar do cuidador, contemplando um componente educacional sobre diagnóstico, curso e progressão da demência buscando melhorar as competências para lidar com a doença.<sup>76</sup>

No presente estudo, a aplicação dos instrumentos possibilitou identificar cuidadores já adoecidos, assim como a ocorrência de eventos intrínsecos ao cuidar, como a questão do vínculo com o idoso que é cuidado, mudanças de papéis familiares e alterações na rotina da família para se adaptar ao idoso dementado.

Diante da identificação da demanda, cuidadores familiares que apresentaram interesse foram encaminhados para o grupo de apoio para cuidadores da saúde mental do Centro de Saúde Escola, baseado no trabalho desenvolvido por Cerqueira & Oliveira.<sup>75</sup> O grupo de apoio para familiares cuidadores de idosos com demência aconteceu em 2015 e teve por objetivo propor uma intervenção em grupo baseada na disponibilização de um espaço para dimensionamento dos afetos e trocas de experiências entre os membros, instrumentalizando os cuidadores a lidar com as dificuldades relatadas no cuidado do idoso com demência a partir de encontros informativos com participação da equipe multiprofissional (psicologia, nutrição, enfermagem e farmácia) da residência em saúde do adulto/idoso. O trabalho demonstrou sua importância ao permitir o desenvolvimento de intervenção para subsidiar o cuidado com a saúde mental dos cuidadores familiares que apresentaram TMC.

O presente estudo apresenta algumas limitações a começar pelo desenho transversal sendo a coleta de dados relacionada a exposição e desfecho em um único momento do tempo. Não avaliou-se aspectos como renda, religiosidade e tempo de cuidado. Existe a possibilidade de ocorrência de viés de seleção por se tratar de amostra por conveniência de um ambulatório de especialidades (geriatria) e não de clínica geral, sendo assim, alguns cuidadores apresentaram mais chances de serem selecionados para a pesquisa.

## **7. Conclusões**

Os resultados encontrados demonstram que, na população estudada, existe alta prevalência de TMC. Observou-se o predomínio de mulheres, casadas, que trabalham, com sintomas depressivos, sintomas ansiosos e sobrecarga moderada. Constatou-se a associação significativa de TMC com sobrecarga (moderada, moderada/grave e grave) e também com sintomas ansiosos e depressivos.

A partir destes achados destaca-se a necessidade de profissionais de saúde capacitados em identificar o TMC nessa população, para melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado de tais indivíduos.

As informações demonstradas pelo estudo são importantes para subsidiar ações de prevenção e cuidado com a saúde mental dos familiares cuidadores, buscando melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e diminuir suas comorbidades. A família é um componente essencial no alcance do bem-estar do idoso, sendo importante garantir a manutenção desse vínculo, ou seja, faz-se necessário cuidar do cuidador.

## 8. Referências Bibliográficas

1. CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publica. 19(3):725-33, 2003.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.
3. VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 43:548-54, 2009.
4. LIMA-COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe epidemiológico do SUS; 9(1): 23-41, 2000.
5. ZIMERMAN, G. I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.
6. ALMEIDA, O. P., KOTYNIA, R. Confusão mental e demência. In: Botega, NJ (org.) Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre: Artmed, p. 176-9, 2002.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION & ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. Mental health publications. Dementia: A public health priority, 2012.
8. SEWART, R. C.; BUNN, J.; VOKHIWA, M.; UMAR, E.; KAUYE, F.; FITZGERALD, M.; TOMENSON, B.; RAHMAN, A.; CREED, F. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. may;45(5):551-9, 2010.
9. MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CESAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 22(8): 1639-48, 2006.
10. ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Dementia & Neuropsychologia. Cognitive Neurology and Ageing Department of the Brazilian Academy of Neurology and of Brazilian Association of Geriatric Neuropsychiatry, São Paulo: 2011.

11. FROTA, N. A. F.; NITRINI, R.; DAMASCENO, B. P.; FORLENZA, O.; DIAS-TOSTAS, E.; SILVAS, A. B.; JUNIOR, E. J.; MAGALDIS, R. M. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dement Neurophysiol*, 5(1): 5-10, 2010.
12. JACINTO, A. F.; LEITE, A. G. R.; NETO, J. L. L.; VIDAL, E. I. O.; BOAS, P. J. F. V. Teaching medical students about dementia: A brief review. *Dement Neuropsychol*, 9(2): 93-95, 2015.
13. TAKAI, M.; TAKAHASHI, M.; IWAMITSU, Y.; ANDO, N.; OKAZAKI, S.; NAKAJIMA, K.; OISHI, S.; MIYAOKA, H. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 49 e1–e5, 2009.
14. KARLIN, N.J.; BELL, P.A.; LOAH, J.L.; MARTICHUKI, D.K.; KNIGHT, B.L. Assessing Alzheimer's support group participation: A retrospective follow-up. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Dement*; 14, 326–333, 1999.
15. BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
16. NERI, A. L. (org) Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. In: Neri, A. L. As várias faces cuidado e do bem estar do cuidados. 1a ed. São Paulo, Ed. Alinea, p. 9-63, 2002.
17. LUZARDO, A.R., WALDMAN B.F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com Doença de Alzheimer. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. V. 26, N. 1, p. 135-45, 2004.
18. TAKAI, M.; TAKAHASHI, M.; IWAMITSU, Y.; ANDO, N.; OKAZAKI, S.; NAKAJIMA, K.; OISHI, S.; MIYAOKA, H. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 49 e1–e5, 2009.
19. GRUNFELD E., GLOSSOP R., MCDOWELL I., DANBROOK C. Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Med Assoc J*, 157:1101-5, 1997.

20. HALEY, W.E.; WEST, C.A.; WADLEY, V.G.; FORD, G.R.; WHITE, F.A.; BARRET, J.J.; HARRELL, L.E.; ROTH, D.L. Psychological, social, and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychol. Aging* 10, 540–552, 1995.
21. ALMBERG, B.; GRAFSTRÖM, M.; WINBLAD, B. Caring for a demented elderly person—burden and burnout among caregiving relations. *J. Adv. Nurs.* 25, 109–116, 1997.
22. SILVA, C.F.; PASSOS, V.M.A. e BARRETO, S.M.. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.15, n.4, pp. 707-731, 2012.
23. HOOKER, K.; MONAHAN, D.; SHIFREN, K.; HUTCHINSON, C. Mental and physical health of spouse caregivers: the role of personality. *Psychol. Aging* 7, 367–375, 1992.
24. KIECOLT-GLASER, J.K.; MCGUIRE, L.; ROBLES, T.F.; GLASER, R.. Psychoneuroimmunology psychological influence on immune function and health. *J. Consult. Clin. Psychol.* 70, 537–547, 2002.
25. GROSSBERG, T.G. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *J. Clin. Psychiatry* 64, 3–7, 2003.
26. SCHULZ, R.; MARTIRE LM. Family caregiving of persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 12:240-9, 2004.
27. ULSTEIN, I.; WYLLER, T.; ENGEDAL, K. High scores on the Relative Stress Scale, a marker of possible psychiatric disorder in family carers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 22(3):195-202, 2007.
28. ZARIT, S. H. Interventions with family caregivers. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging* (p. 139-159). Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

29. GEORGE, L., GWYHER, L. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist* 26, 253–259, 1986.
30. HALEY, W.E. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology* 6, 25–29, 1997.
31. LOGIUDICE, D.; KERSE, N.; BROWN, K.; GIBSON, S.J.; BURROWS, C.; AMES, D.; YOUNG, D.; FLICKER, L.. The psychosocial health status of caregivers of persons with dementia: a comparison with the chronically ill. *Quality of Life Research* 7, 345–351, 1998.
32. ARAI, Y.; KUMAMOTO, K.; WASHIO, M.; UEDA, T.; MIURA, H.; KUDO, K. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the longterm care insurance system. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58, 396–402, 2004.
33. WIMO, A.; JÖNSSON, B.; KARLSSON, I.; WINBLAD, B. *Health Economics of Dementia*. Wiley, New York, 1998.
34. COVINSKY, K.; NEWCOMER, R.; FOX, P.; WOOD, J.; SANDS, L.; DANE, K.; YAFFE, K. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine* 18, 1006–1014, 2003.
35. DUNKIN, J.; ANDERSON-HANLEY, C. Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 51 (Suppl. 1), 53–60, 1998.
36. ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 20:649-655, 1980.
37. MAURIN, J. T.; BOYD, C. B. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing* 4(2): 99-107, 1990.

38. ETTERS, L.; GOODALL, D.; HARRISON, B.E. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract.*;20:423-8, 2008.
39. PINQUART, M., SORENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 18(2):250–67, 2003.
40. SCHULZ, R.; MARTIRE, L.M. Family caregiving of persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 12(3):240–9, 2004.
41. RISAL, A. Common Mental Disorders. *Kathmandu Univ Med J*, v.35, n.3, p.213-217, 2011.
42. SANTOS, M. E. S. B. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
43. Bleger, J. *Temas de Psicologia: Entrevista e grupos* (5ª ed). São Paulo: Martins Fontes, 1991.
44. MARI J.J., WILLIAMS P. A. validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry* 148:23-6, 1986.
45. LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. B. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saúde Pública*, 40(6):1035-41, 2006.
46. SCAZUFCA M. Brazilian version of the burden interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1): 12-17, 2002.
47. BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZORMIGNANI, M. A.; GARCIA-JUNIOR, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtorno do humor em enfermagem de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*, 29(50):355-63, 1995.

48. BRUCKI, S. M. D.; NITRINI R.; CARAMELLI P.; BERTOLUCCI P.H.F.; OKAMOTO I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 61(3B):777-81, 2003.

49. ARGIMON, I. I. L.; LOPES, R. M. F., BULCÃO, L. T.; FARINA, M.; WENDT, G.; ESTEVES, C. S. Gênero e escolaridade: estudo através do minixame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia*, n. 38-39, 2012.

50. TANG, B.; HARARY, E.; KURZMAN, R.; MOULD-QUEVEDO, J.F.; PAN, S.; YANG, J.; QIAO, J. Clinical Characterization and the Caregiver Burden of Dementia in China. *Value in health regional issues* 2; 118–126, 2013.

51. KARCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro; 19(3): p.861-66, 2003.

52. GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendido sem um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública* 38(6):835-841, 2004.

53. AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família; 17(2):266-72, 2008.

54. INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto contexto enferm*, ;17(2):350-7,2008.

55. GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA- COSTA, M.F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fenômenos associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*;21(1):80-91, 2005.

56. LEMOS, N.D.; GAZZOLA, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer:o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*;15(3), p.170-9,2006.

57. ANDRÉN, S.; ELMSTAHL, S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care:

A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies* ; 44: 435–446, 2004.

58. GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA, E.L.S.; SANTANA, L.W.S.; VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 570-577, 2006.

59. SALCI, M.A.; MARCON, S.S. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 17, n. 3, p. 544-551, 2008.

60. APERIBENSE, P. G. G. S; BARREIRA, I. A. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. *Revista Esc Enferm USP*, 42(3):474-482, 2008.

61. SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

62. STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J. W.; PATEL, V., SILOVE, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493, 2014.

63. LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; BONFIN, S.P.; VERA, I.; SANTANA, F.R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* 27(3):200-7, 2014.

64. BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; BOTEGA, N.J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(7):1415-1426, 2013.

65. PATTANAYAK, R.D.; JENA, R.; TRIPATHI, M.; KHANDELWAL, S.K. Assessment of burden in caregivers of Alzheimer's disease from India. *Asian Journal of Psychiatry* 3, 112–116, 2010.

66. TANG, B.; HARARY, E.; KURZMAN, R.; MOULD-QUEVEDO, J.F.; PAN, S.; YANG, J.; QIAO, J. Clinical Characterization and the Caregiver Burden of Dementia in China. *Value in health regional issues* 2; 118–126, 2013.
67. GALLICCHIO, L.; SIDDIQI, N.; LANGENBERG, P. AND BAUMGARTEN. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*; 17:154-163, 2002.
68. NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, p.778-790, 2002.
69. AMPALAM, P.; GUNTURU, S.; Padma, V.A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J Psychiatry*; 54(3): 239–243, 2012.
70. SCHULTZ, R.; O'BRIEN, A.T.; BOOKWALA, J.; FLEISSNER, K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving; prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*. ;35: 771—91; 1995.
71. PRATT, C.C.; SCHAMALL, V.L.; WRIGTH, S.; CLELAND, M. Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's disease patients. Special issue: the family and health care. *Family relations. J Appl Fam Child Stud*. ;34:355—64, 1985.
72. RIEDIJK, S.R.; DE VUGT, M.E.; DUIVENVOORDEN, H.J.; NIERMEIJER, M.F.; VAN SWIETEN, J.C.; VERHEY, F.R.J.; TIBBEN, A. Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*; 22 (5–6): 405–412, 2006.
73. RASCOVSKY, K.; HODGES, J.R.; KNOPMAN, D.; et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain: a journal of neurology*; 134 (9): 2456-2477, 2011.

74. KAISER, S.; PANEGYRES, P.K. The psychosocial impact of young onset dementia on spouses. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*; 21 (6): 398–402, 2007.

75. CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP, São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.

76. LOPES L.O., CACHIONI M. Psychoeducational intervention for caregivers of elderly with dementia: a systematic review. *J Bras Psiquiatr.* 61(4):252-61, 2012.

## APÊNDICE 1

### PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (    ) Fem (    ) Mas Est. Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Diagnóstico do idoso: \_\_\_\_\_

#### SRQ 20 - Self Report Questionnaire

##### Instruções

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

| PERGUNTAS                                                                       | RESPOSTAS             |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 01- Sente dores de cabeça com frequência?                                       | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 02- Tem falta de apetite?                                                       | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 03- Dorme mal?                                                                  | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 04- Assusta-se com facilidade?                                                  | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 05- Suas mãos tremem?                                                           | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 06- Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)?                               | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 07- Tem má digestão?                                                            | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 08- Tem dificuldade para pensar com clareza?                                    | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 09- Tem se sentido triste ultimamente?                                          | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 10- Tem chorado mais do que o costume?                                          | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 12- Tem dificuldades para tomar decisões?                                       | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 13- Seu trabalho diário é um sofrimento?                                        | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 14- É incapaz de desempenhar um papel útil na vida?                             | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 15- Tem perdido o interesse pelas coisas?                                       | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?                             | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 17- Tem tido ideias de acabar com a própria vida?                               | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?                                           | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 19- Tem sensações desagradáveis no estômago?                                    | (    ) SIM (    ) NÃO |
| 20- Fica cansado com facilidade?                                                | (    ) SIM (    ) NÃO |

Se o resultado for **> 7** (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

## **HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**

**Instruções:** Esse questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases e marque com um X a resposta que melhor corresponde a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas são importantes.

- 1- Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):  
(3) a maior parte do tempo  
(2) boa parte do tempo  
(1) de vez em quando  
(0) nunca.
- 2- Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  
(0) sim, do mesmo jeito que antes  
(1) não tanto quanto antes  
(2) só um pouco  
(3) já não consigo ter prazer em nada.
- 3- Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  
(3) sim, de um jeito muito forte  
(2) sim, mas não tão forte  
(1) um pouco, mas isso não me preocupa  
(0) não sinto nada disso.
- 4- Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  
(0) sim, do mesmo jeito que antes  
(1) atualmente um pouco menos  
(2) atualmente bem menos  
(3) não consigo mais.
- 5- Estou com a cabeça cheia de preocupações:  
(3) a maior parte do tempo  
(2) boa parte do tempo  
(1) de vez em quando  
(0) nunca.
- 6- Eu me sinto alegre:  
(3) nunca  
(2) poucas vezes  
(1) muitas vezes  
(0) a maior parte do tempo.
- 7- Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:  
(0) sim, quase sempre  
(1) muitas vezes  
(2) poucas vezes  
(3) nunca.

- 8- Eu estou lento(a) para pensar e fazer as coisas:  
(3) quase sempre  
(2) muitas vezes  
(1) de vez em quando  
(0) nunca.
- 9- Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
(0) nunca  
(1) de vez em quando  
(2) muitas vezes  
(3) quase sempre.
- 10- Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
(3) completamente  
(2) não estou mais me cuidando como eu deveria  
(1) talvez não tanto quanto antes  
(0) me cuido do mesmo jeito que antes.
- 11- Eu me sinto inquieto(a), como se não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:  
(3) sim, demais  
(2) bastante  
(1) um pouco  
(0) não me sinto assim.
- 12- Fico animado(a) esperando as coisas boas que estão por vir:  
(0) do mesmo jeito que antes  
(1) um pouco menos do que antes  
(2) bem menos do que antes  
(3) quase nunca.
- 13- De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
(3) a quase todo momento  
(2) várias vezes  
(1) de vez em quando  
(0) não sinto isso.
- 14- Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, rádio ou quando leio alguma coisa:  
(0) quase sempre  
(1) várias vezes  
(2) poucas vezes  
(3) quase nunca.

Ansiedade: \_\_\_ questões ímpares.

Depressão: \_\_\_ questões pares.

0-7 pontos: improvável

8-11 pontos: possível (questionável ou duvidosa)

12-21 pontos: provável.

## Escala ZARIT

### 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 você se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas.

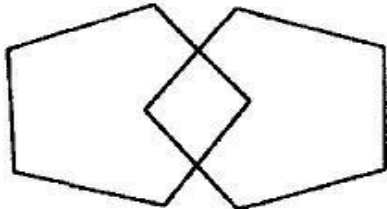
| <b>Afirmação/Pontuação</b>                                                                                               | Nunca<br>0 | Raramente<br>1 | Algumas<br>vezes<br>2 | Com<br>frequência<br>3 | Sempre<br>4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| 1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que necessita?                                                               |            |                |                       |                        |             |
| 2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/ Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)? |            |                |                       |                        |             |
| 3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?        |            |                |                       |                        |             |
| 4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?                                                          |            |                |                       |                        |             |
| 5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?                                                               |            |                |                       |                        |             |
| 6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com os outros membros da família ou amigos?             |            |                |                       |                        |             |
| 7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?                                                                               |            |                |                       |                        |             |
| 8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?                                                                               |            |                |                       |                        |             |
| 9. O Sr/Sra se sente tenso quando S está por perto?                                                                      |            |                |                       |                        |             |
| 10. O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?                                        |            |                |                       |                        |             |
| 11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?                                 |            |                |                       |                        |             |

|                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?                                  |  |  |  |  |  |
| 13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?                                                        |  |  |  |  |  |
| 14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender? |  |  |  |  |  |
| 15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?                           |  |  |  |  |  |
| 16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?                                                           |  |  |  |  |  |
| 17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?                                                          |  |  |  |  |  |
| 18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?                                                       |  |  |  |  |  |
| 19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?                                                                           |  |  |  |  |  |
| 20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?                                                                           |  |  |  |  |  |
| 21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?                                                                                 |  |  |  |  |  |
| 22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?                                           |  |  |  |  |  |

\*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

\*Neste item as respostas são: nem um pouco = 0, um pouco = 1, moderadamente = 2, muito = 3, extremamente = 4.

### Mini-Exame do Estado Mental

|                                                   |                                                                                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Orientação Temporal</b><br>(5 pontos)          | Qual a hora aproximada?                                                              |
|                                                   | Em que dia da semana estamos?                                                        |
|                                                   | Que dia do mês é hoje?                                                               |
|                                                   | Em que mês estamos?                                                                  |
|                                                   | Em que ano estamos?                                                                  |
| <b>Orientação Espacial</b><br>(5 pontos)          | Em que local estamos?                                                                |
|                                                   | Que lugar é este?                                                                    |
|                                                   | Em que bairro estamos?                                                               |
|                                                   | Em que cidade nós estamos?                                                           |
|                                                   | Em que estado nós estamos?                                                           |
| <b>Registro</b><br>(3 pontos)                     | Repetir:                                                                             |
|                                                   | CASO – VASO – TIJOLO                                                                 |
| <b>Atenção e Cálculo</b><br>(5 pontos)            | Subtrair:                                                                            |
|                                                   | <b>100-7= 93-7= 86-7= 79-7= 72-7= 65</b>                                             |
| <b>Memorização</b><br>(3 pontos)                  | Repita as 3 palavras:                                                                |
|                                                   | CASO – VASO – TIJOLO                                                                 |
| <b>Linguagem</b><br>(2 pontos)                    | Nomear os objetos:                                                                   |
|                                                   | RELÓGIO – CANETA                                                                     |
| <b>Linguagem</b><br>(1 ponto)                     | Repetir a frase:                                                                     |
|                                                   | Nem aqui, nem ali, nem lá.                                                           |
| <b>Linguagem</b><br>(3 pontos)                    | Siga uma ordem de 3 estágios:                                                        |
|                                                   | 1- Pegue este papel com a mão direita;                                               |
|                                                   | 2- Dobre-o no meio                                                                   |
|                                                   | 3- Coloque-o sob a mesa                                                              |
| <b>Linguagem</b><br>(1 ponto)                     | Ler e executar:                                                                      |
|                                                   | FECHE OS OLHOS.                                                                      |
| <b>Linguagem</b><br>(1 ponto)                     | Escrever uma frase completa e que tenha sentido.                                     |
|                                                   | Deve conter sujeito e objeto.                                                        |
| <b>Capacidade Construtiva Visual</b><br>(1 ponto) | Copiar o desenho:                                                                    |
|                                                   |  |

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **Transtorno mental comum em familiares cuidadores de pacientes com demência**, que pretende investigar a prevalência de transtorno mental comum em familiares cuidadores de idosos com diagnóstico de demência. Você foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por estar presente no ambulatório de geriatria no presente dia.

A pesquisa consta de dois questionários de múltipla escolha com algumas afirmações, onde você deve assinalar a afirmação que mais se assemelha a como tem se sentido nos últimos dias. A duração da aplicação dos questionários ocorrerá em, aproximadamente, 30 minutos e não será gravada. A pesquisa se torna importante por permitir um conhecimento mais amplo sobre aspectos da saúde mental de familiares que cuidam de seus idosos, quando estes possuem o diagnóstico de demência. Este termo de consentimento será feito em duas vias, sendo que uma das vias ficará com você.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em seu tratamento ou de seu familiar nesta unidade básica de saúde. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome e dos dados que forem coletados a seu respeito.

Você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone (14) 3880-1609 ou com o pesquisador responsável (18) 99724-1854, para maiores esclarecimentos.

### CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Evelise Saia Rodolpho

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto, FMB – Botucatu (Unesp) Fone: (14) 3880-1106. E-mail: alessandrojacinto@uol.com.br

Pesquisadora: Evelise Saia Rodolpho, Rua Alcides de Lima, 226 Fone: (18)99724-1854. E-mail: evesrodolpho@gmail.com