



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO/DOUTORADO EM
ENFERMAGEM**

POLYANA NORBERTA MENDES

**SOBRECARGAS FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS NO DOMICÍLIO**

**TERESINA
2018**

POLYANA NORBERTA MENDES

**SOBRECARGAS FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**TERESINA
2018**

POLYANA NORBERTA MENDES

**SOBRECARGAS FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 16/02/2018

**Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo – Presidente/orientadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI**

**Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadotti Dantas – 1ª Examinadora
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP**

**Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI**

**Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI**

Dedico à minha Avó Maria Teresinha e a minha Tia Anaíde, sua principal cuidadora, por me ensinarem o poder do amor que cuida.

Aos meus amados pais, Excelsa e Raimundo, por serem meus pilares, meus exemplos de resiliência e dedicação.

E aos cuidadores que abriram as portas de suas casas e suas vidas para a construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, meu amor maior, que caminhou comigo de mãos dadas, pela graça e proteção.

À **Universidade Federal do Piauí** que se fez casa durante a graduação e o mestrado e foi o palco do meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora **Maria do Livramento Fortes Figueiredo**, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e minha querida Orientadora, pelo ensinamento e oportunidade de crescimento profissional, e principalmente, pela amizade e confiança em mim depositadas sempre.

Às Professoras Doutoras **Rosana Aparecida Spadotti Dantas, Ana Maria Ribeiro dos Santos e Márcia Astrês Fernandes**, pela atenção e contribuições valiosas para o aprimoramento deste estudo.

À meus pais, **Raimundo Mendes Barbosa e Excelsa Maria Norberta Bezerra Mendes**, meus primeiros mestres, minhas referências de humanidade, resiliência e dedicação, por cuidarem de mim, pelo conselho amigo e pela paciência e, a minha irmã, **Talyta Norberta Mendes**, pelo amor e apoio incondicional.

À minha **família**, meus tios (as), primos (as), pela torcida e orações. Em especial, minha avó materna, **Maria Teresina de Jesus Silva**, que na sua fragilidade me ensina o que é ser forte, e a minha Madrinha **Anaíde Norberta Bezerra Oka Lôbo**, por estar sempre comigo e acreditar em mim.

Às Professoras Doutoras **Telma Maria Evangelista de Araújo e Rosilane de Lima Brito Magalhaes** pela atenção, carinho e por sempre me acolherem.

Ao Professor Doutor **Fernando Lopes e Silva Júnior** pelo auxílio na análise estatística, disponibilidade e apoio.

A todos (as) os (as) **professores e servidores** que fazem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pela dedicação a instituição, pelos conhecimentos construídos durante o curso e pelo acolhimento e empatia para com os discentes.

À **Fundação Municipal de Saúde** por permitir a realização da pesquisa e aos **Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde** pela solicitude, receptividade e carinho em contribuir com este trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro.

À equipe de coleta de dados: **Mariana Lustosa, Fernando Gabriel, Luana Campos e Sarah Bandeira**, que se uniram a mim e a Ruth Suelle nas visitas domiciliares, pela dedicação, compromisso, palavras de carinho e sorrisos compartilhados durante a condução do estudo.

À **Ruth Suelle Barros Fonseca**, pela parceria e amizade firmada e com a qual compartilhei de forma mais próxima todas as etapas da construção desse trabalho, as angústias e as alegrias.

À minha amiga e irmã do coração, **Carla Danielle Araújo Feitosa**, que me acompanha desde a graduação, pelo otimismo, força e amizade de valor inestimável.

À **Turma X** do mestrado, por compartilharem conhecimentos, experiências, serem apoio nas dificuldades e por tornarem esse momento único. Em especial, a Aline Costa de Oliveira e a Priscila de Oliveira Soares, por estarem sempre disponíveis a ouvir, incentivar e ajudar na construção desse estudo.

Às amigas que fiz, **Khelyane Mesquita Carvalho e Cynthia Roberta Dias Torres**, pelo incentivo, olhar atencioso para além do trabalho, sendo exemplos de discente/docente para mim.

Às amigas de longa data, **Isídia Mousinho, Yukie Brilhante, Iara Barreto, Ires Veloso, Cassandra Franco, Maraisa Altino e Maisa Fernanda**, pelos momentos de alegria e por me fazerem acreditar que tudo daria certo.

Aos amigos do **Grupo de Oração Cristo Rei**, em especial **Ângela Freitas e Jessica Freitas**, pela amizade em Cristo, pelo carinho e orações.

Agradeço, em especial, a todos os **cuidadores de idosos acamados** que nos receberam em suas casas e responderam com carinho e esperança a entrevista.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com a conclusão desta dissertação.

Muito Obrigada!

“Amor é um cuidar que se ganha em se perder” (Luís de Camões)

RESUMO

Introdução: A sobrecarga de cuidar de um idoso dependente é uma séria questão biopsicossocial devido ao aumento da expectativa de vida, da prevalência das doenças crônicas e incapacitantes e da necessidade de cuidados prolongados. **Objetivo:** avaliar a sobrecarga e os fatores relacionados em cuidadores informais de idosos acamados em domicílio assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Estudo do tipo analítico e de delineamento transversal, desenvolvido com 208 cuidadores informais. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2017, por meio da aplicação do roteiro de caracterização do idoso e do seu cuidador; do Índice de Katz e do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). Para análise utilizou-se o software Statistical Package for the Social Science, versão 20.0. Foram realizadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, frequência absoluta e relativa) e inferenciais (teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; teste de correlação de Spearman). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí com o parecer nº 1.971.805. **Resultados:** A média total da sobrecarga foi de 71,1 ($\pm 26,3$). Destacou-se o domínio “Implicações na vida pessoa”. Na análise bivariada observou-se diferença estatisticamente significativa do escore total de sobrecarga e dos domínios que a compõe e as variáveis: sexo do idoso; possuir ou não um único cuidador; o uso de sonda enteral ou gastrostomia; oxigenação; uso de sonda vesical de demora e as dificuldades para falar, mastigar e engolir do idoso; estado civil do cuidador; grau de parentesco com o idoso; e em todas as variáveis clínicas do cuidador. O teste de correlação de Spearman apontou uma correlação positiva entre a sobrecarga e a idade do cuidador e entre a sobrecarga e as horas do dia dedicadas ao cuidado. Observou-se também uma correlação negativa e significativa com a idade do idoso. **Conclusão:** A sobrecarga foi maior para os que cuidavam de idosos mais jovens, do sexo masculino, e de idosos que fazem uso de dispositivos como sonda enteral ou gastrostomia, sonda vesical de demora e oxigenação. Assim como, para aqueles que assistem aos dependentes com dificuldades para falar, mastigar e engolir e os que eram o único cuidador. Maior também, para os cônjuges, os que apresentavam comorbidades, dores relacionadas à atividade desempenhada e para os que consideraram sua saúde regular. Aponta-se a necessidade de intervenções eficazes que garantam suporte ao binômio idoso/cuidador e minimizem o impacto dos fatores relacionados à sobrecarga do cuidador. Bem como, a qualificação profissional, em especial do Enfermeiro na atenção básica, para o desenvolvimento de um cuidado holístico e humanístico do núcleo família, com vista ao processo de envelhecimento ativo do cuidador.

Descritores: Idoso. Cuidadores. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Introduction: the overload of caring for a dependent elderly person is a serious biopsychosocial issue due to the increase in life expectancy, the prevalence of chronic and disabling diseases and the need for long-term care. **Objective:** to analyze the overload and what are the related factors among informal caregivers of the elderly housed at home assisted by the Family Health Strategy. **Methodology:** An analytical and cross-sectional study developed with 208 informal caregivers. Data collection took place from February to July 2017, through the application of the characterization script for the elderly and their caregivers; the Katz Index and the Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire (ICOAQ). Statistical Package for the Social Science, version 20.0 was used for analysis. Descriptive statistics (measures of central tendency and dispersion, absolute and relative frequency) and inferential (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, Spearman's correlation test) were performed. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí (UFPI) with the opinion nº 1,971,805. **Results:** the mean total overload was 71.1 (\pm 26.3). The domain "Implications in the person's life" was highlighted. In the bivariate analysis a statistically significant difference of the total overload score and the domains that compose it were observed as well as the variables: sex of the elderly; whether or not they have a single caregiver; the use of an enteral catheter or gastrostomy; oxygenation; use of delayed bladder catheter and difficulties in talking, chewing and swallowing of the elderly; marital status of the caregiver; degree of kinship with the elderly; and in all clinical variables of the caregiver. The Spearman correlation test pointed to a positive correlation between overload and the age of the caregiver and between the overload and the hours of the day dedicated to care. There was also a negative and significant correlation with the age of the elderly. **Conclusion:** the overload was greater for those who cared for the elderly, the males, and the elderly who used devices such as an enteral catheter or gastrostomy, a bladder catheter for delayed oxygenation. Also, for those who assist dependents with difficulty talking, chewing and swallowing and those who were the only caregiver. It was also greater for the spouses, those who presented comorbidities, pain related to the activity performed and for those who considered their health regular. The need for effective interventions that guarantee support to the elderly / caregiver binomial and to minimize the impact of the factors related to the caregiver's overload is pointed out. As well as, the professional qualification, especially of the Nurse in basic care, for the development of a holistic and humanistic care of the family nucleus, with a view to the process of active aging of the caregiver.

Keywords: Elderly. Caregivers. Geriatric Nursing.

RESUMEN

Introducción: la sobrecarga de cuidar de un anciano dependiente es una grave cuestión biopsicosocial debido al aumento de la expectativa de vida, de la prevalencia de las enfermedades crónicas e incapacitantes y de la necesidad de cuidados prolongados. **Objetivo:** analizar la sobrecarga y cuáles son los factores relacionados entre cuidadores informales de ancianos acamados en domicilio asistidos por la Estrategia Salud de la Familia. **Metodología:** estudio del tipo analítico y de delineamiento transversal, desarrollado con 208 cuidadores informales. La recolección de datos ocurrió en el período de febrero a julio de 2017, por medio de la aplicación del guión de caracterización del anciano y de su cuidador; del Índice de Katz y del Cuestionario de Evaluación de la sobrecarga del Cuidador Informal (QASCI). Para el análisis se utilizó el software Statistical Package for the Social Science, versión 20.0. Se realizaron estadísticas descriptivas (medidas de tendencia central y dispersión, frecuencia absoluta y relativa) e inferenciales (prueba de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, prueba de correlación de Spearman). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí (UFPI) con el dictamen nº 1.971.805. **Resultados:** el promedio total de la sobrecarga fue de 71,1 (\pm 26,3). Se destacó el dominio "Implicaciones en la vida persona". En el análisis bivariado se observó diferencia estadísticamente significativa de la puntuación total de sobrecarga y de los dominios que la componen y las variables: sexo del anciano; poseer o no un solo cuidador; el uso de sonda enteral o gastrostomía; oxigenación; el uso de catéter vesical de demora y las dificultades para hablar, masticar y tragar del anciano; estado civil del cuidador; el grado de parentesco con el anciano; y en todas las variables clínicas del cuidador. La prueba de correlación de Spearman apuntó una correlación positiva entre la sobrecarga y la edad del cuidador y entre la sobrecarga y las horas del día dedicadas al cuidado. Se observó también una correlación negativa y significativa con la edad del anciano. **Conclusión:** La sobrecarga fue mayor para los que cuidaban de ancianos más jóvenes, del sexo masculino, y de ancianos que hacen uso de dispositivos como catéter enteral o gastrostomía, catéter vesical de demora y oxigenación. Así como, para aquellos que asisten a los dependientes con dificultades para hablar, masticar y tragar y los que eran el único cuidador. Además, para los cónyuges, los que presentaban comorbilidades, dolores relacionados con la actividad desempeñada y para los que consideraron su salud regular. Se apunta la necesidad de intervenciones eficaces que garanticen soporte al binomio anciano / cuidador y minimicen el impacto de los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador. Así como la cualificación profesional, en especial del enfermero en la atención básica, para el desarrollo de un cuidado holístico y humanístico del núcleo familiar, con vistas al proceso de envejecimiento activo del cuidador.

Descriptores: Ancianos. Cuidadores. Enfermería Geriátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01.	Distribuição da amostra por estratificação nas Unidades Básicas de Saúde das Regiões Centro e Norte do Município de Teresina. Teresina, 2017.....	34
Quadro 02.	Descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo. Teresina, 2017.....	36
Gráfico 01.	Atividades em que o cuidador conta com auxílio de outra pessoa (as). Teresina, PI, 2017.....	49

LISTA DE TBELAS

Tabela 01.	Caracterização sociodemográficas dos cuidadores informais de idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018.....	45
Tabela 02.	Características clínicas e distribuição percentual das doenças referidas segundo CID-10 dos cuidadores informais de idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018.....	47
Tabela 03.	Características do cuidado desenvolvido aos idosos acamados no domicílio. Teresina, PI, 2018.....	48
Tabela 04.	Características sociodemográficas dos idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018.....	50
Tabela 05.	Características clínicas e distribuição percentual das doenças referidas segundo CID-10 dos idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018	51
Tabela 06.	Classificação da independência funcional dos idosos acamados de acordo com Index de Katz. Teresina, PI, 2018.....	53
Tabela 07.	Agrupamento da funcionalidade dos idosos acamados de acordo com o grau de incapacidade para a realização das atividades básicas de vida diárias. Teresina, PI, 2018 (n=150).....	53
Tabela 08.	Capacidade dos idosos acamados para realizar as atividades básicas de vida diárias propostas pelo Index de Katz, na avaliação dos cuidadores. Teresina, PI, 2018.....	54
Tabela 09.	Descrição dos sete domínios do QASCI. Teresina, PI, 2018.....	54
Tabela 10.	Correlação entre os sete domínios e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018.....	55
Tabela 11.	Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis sociodemográficas categóricas dos cuidadores, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o idoso, reside com o idoso e ocupação. Teresina, PI, 2018.....	55
Tabela 12.	Correlação entre as variáveis sociodemográficas numéricas do cuidador e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018.....	57
Tabela 13.	Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis clínicas categóricas dos cuidadores. Teresina, PI, 2018.....	59
Tabela 14.	Correlação entre as variáveis relacionadas ao cuidado e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018.....	62
Tabela 15.	Comparação do QASCI dentre a presença de auxílio no desempenho das atividades de cuidado. Teresina, PI, 2018.....	63
Tabela 16.	Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis sociodemográficas categóricas dos idosos acamados. Teresina, PI, 2018....	65
Tabela 17.	Correlação entre as variáveis sociodemográficas numéricas dos idosos acamados e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018.....	66
Tabela 18.	Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis clínicas dos idosos acamados. Teresina, PI, 2018.....	69
Tabela 19.	Comparação do QASCI e dos seus domínios dentre os graus de incapacidade do idoso. Teresina, PI, 2018.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida
CEP/UFPI	Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DP	Desvio padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GTT	Gastrostomia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVP	Implicações na vida pessoal
MEC	Mecanismos de eficácia e controle
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Estado do Piauí
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
RE	Reações e exigências
SE	Sobrecarga Emocional,
SF	Sobrecarga Financeira
SFAMF	Suporte familiar
SNE	Sonda Nasoenteral
SPF	Satisfação com o papel e com o familiar
SPSS	Software Statistical Package for Social Science
SVA	Sonda Vesical de Alívio
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo geral.....	18
1.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 Justificativa e relevância	19
2 REFERÊNCIAL TEMÁTICO	21
2.1 O idoso acamado e os determinantes sociais da saúde.....	21
2.2 Cuidados domiciliares e o cuidador informal como principal agente	24
2.3 Sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de idosos.	28
3 MÉTODO	32
3.1 Delineamento do estudo	32
3.2 Local do estudo	32
3.3 População e amostra.....	33
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	35
3.5 Variáveis do estudo.....	35
3.6 Instrumentos para coletas de dados.....	38
3.7 Procedimento para coleta de dados	41
3.8 Estudo Piloto	42
3.9 Análise dos dados.....	42
3.10 Riscos e Benefícios	43
3.11 Aspectos éticos e legais	44
4 RESULTADOS	45
4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores informais e idosos acamados	45
4.2 Sobrecarga e fatores relacionados	51
5 DISCUSSÃO	71
5.1 Caracterização dos cuidadores informais e do cuidado desenvolvido	71
5.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos acamados em domicílio	77
5.3 Sobrecarga e fatores relacionados	86
6 CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
ANEXO A- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	119
ANEXO B- ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO IDOSO ACAMADO	120
ANEXO C- ESCALA DE FUNCIONALIDADE	121
ANEXO D- ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO CUIDADOR E CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS	123
ANEXO E- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	124
ANEXO F- AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QASCI	126

ANEXO G- CARTA DE ANUÊNCIA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, PIAUÍ.....	127
ANEXO H- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	128

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial representado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total, resultado das alterações em importantes indicadores, como a queda da fecundidade, diminuição da natalidade, aumento da esperança de vida e pela melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços. Unido a este fenômeno ocorrem às mudanças no processo de saúde e doença, com o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes. Estas acometem principalmente a população idosa, desta forma, é de se esperar o crescimento do número de idosos que necessitam de cuidados de longa duração e de cuidadores que irão realizar esses cuidados (PUCHIA; JARA, 2015).

No Brasil, são consideradas idosas, aquelas pessoas com 60 anos ou mais de idade, enquanto que, nos países desenvolvidos são as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em razão da maior expectativa de vida (BRASIL, 2003). Segundo a pesquisa nacional por amostras de domicílio (PNAD), no Brasil, em uma década, o crescimento referente a esta parcela da população passou de 15,5 milhões para 23,5 milhões de pessoas, o que equivale a 12,3% da população atual, sendo a parcela com 80 anos ou mais de idade a que apresentou maior aumento, compondo um contingente de mais de 3 milhões de indivíduos (BRASIL, 2012a).

Esse levantamento também apontou a prevalência da incapacidade funcional mais alta nas faixas etárias superiores, sobretudo na mais velha. Neste contexto do aumento do número de idosos e da prevalência de incapacidade funcional, é justificável a preocupação de se conhecer, bem como, atender as demandas e necessidades da população que envelhece (BRASIL, 2012a).

Assim, a avaliação funcional é determinante na medição do grau de dependência e no planejamento dos cuidados que deverão ser prestados. Essa avaliação se dá pelos relatos de dificuldades na realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida (AIVD). As ABVD incluem a habilidade para alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o toalete, levantar-se (ou transferir-se da cama para uma cadeira) e, às vezes, caminhar em um cômodo no mesmo andar. As atividades AIVD se referem a como administrar o próprio dinheiro, fazer compras, usar transporte e cuidar da casa (BARBOSA et al., 2014).

As perdas representadas nesses dois tipos de atividades se fazem presentes nos dependentes físicos, mentais, financeiros e nos portadores de uma ou mais patologias. Essa

condição se agrava para aqueles mais pobres e os que moram com famílias pobres, pois acumulam mais carências de alimentação, medicamentos, acomodações adequadas, cuidados e de cuidadores (PILGER; MENON; MATIAS, 2011). O idoso acamado se insere nesse contexto.

Acamado é definido como a pessoa que permanece na cama durante todo o dia, por motivo de doença ou incapacidade, por um período de tempo previsivelmente longo, e não consegue levantar-se, mesmo com a ajuda de outra pessoa. É estar em uma condição de imobilidade, e assim precisar do auxílio com a finalidade de atender suas necessidades de vida diárias (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2014).

Decorrente da imobilidade surge a síndrome da imobilidade, que é um conjunto de sinais e sintomas, por restrição a uma poltrona ou leito, por longo período de tempo. Dentre as causas associadas estão as fraturas, cirurgias, internações, doenças agudas e infecções. Como também causas crônicas, entre elas, os casos de demência, depressão grave, astenia, doenças cardiorrespiratórias, dor crônica, neoplasias, distúrbios da marcha, fobia de queda e sequela de acidente vascular cerebral (CHAIMOWICZ et al., 2013).

A mobilidade limitada pode variar entre indivíduos com condições semelhantes e, num mesmo sujeito, em períodos de vida diferentes. Pode se manifestar de forma súbita ou lenta, conforme sua extensão e duração, sendo um fator contribuinte para problemas de saúde variáveis, que vão desde o déficit do autocuidado à interação social prejudicada (COSTA et al., 2010).

Segundo estudo realizado na Espanha com pacientes em atendimento domiciliar, as enfermidades do aparelho locomotor (39,2%), as doenças psicológicas (27,2%) e os agravos circulatórios (16,6%) são apontados como alguns dos principais responsáveis pela imobilidade. No que diz respeito à situação funcional, 74,9% dos participantes apresentavam algum grau de dependência, sendo que 66,9% possuíam grau de dependência severo, além de 18,6% dos pacientes avaliados apresentavam lesões por pressão. A presença dessas lesões é considerada um indicador de enfermidade severa que limita a mobilidade, a autonomia pessoal e torna maior a necessidade de assistência (ALCARAZ et al., 2015).

Vale destacar que outros agravos de saúde, comuns ao processo de envelhecimento, também geram incapacidade funcional para a realização de atividades cotidianas, afetando, consequentemente, a capacidade de tomada de decisão e a dependência em diferentes níveis. O que se espera é que as famílias e a comunidade assumam cada vez mais responsabilidades pelos seus membros mais velhos, principalmente quando eles venham a apresentar algum problema que resulte na limitação de sua autonomia e independência. Desta forma, a pessoa

idosa nessa condição requer atenção multiprofissional e interdisciplinar e orientações para o binômio idoso/cuidador (VIANA et al., 2013; BRASIL, 2006).

Portanto, o aumento da longevidade humana vem fomentar desafios diversos para o governo e comunidade em garantir o estado de bem estar físico, social e de direito do idoso e sua família. Configura-se entre os desafios, a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores de idosos dependentes. Este estado de dependência seja pelo aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências, ou pelas perdas cognitivas e funcionais do avançar da idade, demandam cuidados domiciliares e mudanças no cotidiano de muitas famílias (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

A família é atribuída à responsabilidade da assistência ao seu membro que envelhece. O cuidado familiar primário é exercido por um parente que é o único ou o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso. Estes são, em sua maioria, a esposa, ou filha. Os membros da família que prestam cuidados de modo restrito, esporádico, ocasional ou intermitente são considerados cuidadores familiares secundários e terciários. Os cuidadores familiares fazem parte da rede de suporte informal, constituída por membros da família, amigos, conhecidos e vizinhos, que atuam sem remuneração. Este fato marca a diferença da rede formal de cuidadores, composta por profissionais, quer em domicílio, instituições hospitalares ou ambulatoriais (NERI, 2008).

O cuidado informal é o modelo mais frequente de assistência aos idosos. Muitos parentes preferem cuidadores informais, possivelmente por causa de seus valores culturais, falta de serviços adequados de cuidados formais ou pela falta de recursos financeiros para contratar um cuidador (ANJOS et al., 2014; MOSQUEIRA et al., 2016).

Além do que, cabe destacar nesta problemática que, a instituição familiar vem sofrendo modificações na sua estrutura e organização. Essas transformações são decorrentes de diversos fatores, tais como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, a redução progressiva das taxas de fecundidade, o controle das taxas de natalidade e as mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político. Esses fatores têm influenciando a composição familiar e alterado o modo de cuidar dos idosos. É contemporâneo dizer que a família é responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso, tendo, portanto, a necessidade de um suporte qualificado e constante, possuindo a Equipe de Saúde da Família (ESF) um papel fundamental (WENDT et al., 2015).

A realidade com que se depara um familiar quando tem um idoso dependente no seu domicílio é preocupante devido à demanda de cuidados especiais, com acentuada variação de tarefas. O cuidado realizado pelo cuidador informal em domicílio é complexo e pode gerar

sobrecarga física, psicológica e isolamento social. A sobrecarga é definida como uma resistência à prestação de cuidados, provocada pela inclusão ou ampliação de atividades desempenhadas e está relacionada a diversos fatores, ligados as características do idoso, como o grau de dependência nas atividades diárias, do cuidador e do suporte social que estes possuem (ANJOS et al., 2014; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ et al., 2015).

Unido à sobrecarga, cuidar de um idoso dependente pode desencadear outros problemas de saúde para o cuidador que realiza essa atividade por tempo integral e sem auxílio. Maiores são as chances de distúrbios depressivos e ansiedade, pior estado de saúde do cuidador, além do consumo de substância, entre eles hipnóticos e ansiolíticos, e o tabagismo (DELALIBERA et al., 2015; FLORIANO et al., 2012; VALLE-ALONSO et al., 2015).

Em busca de conhecer as várias facetas do cuidado as pessoas idosas no domicílio, no que diz respeito ao binômio cuidador informal/idoso, definiu-se como objeto de estudo: as sobrecargas física, emocional, social e fatores relacionados dos cuidadores informais de idosos acamados no domicílio. E como questão de pesquisa: Quais as sobrecargas física, emocional, social e fatores relacionados observadas no cuidador informal de idosos acamados no domicílio?

1.1 Objetivo geral

- Avaliar a sobrecarga e os fatores relacionados em cuidadores informais de idosos acamados em domicílio assistidos pela Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objetivos específicos

- Analisar a presença de relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos cuidadores, os cuidados prestados aos idosos e as sobrecargas referidas.
- Analisar a presença de relações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e o nível de dependência funcional dos idosos e as sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores;

1.3 Justificativa e relevância

O fenômeno, chamado envelhecimento populacional, unido à transição epidemiológica tem modificado a composição etária da população brasileira, com o aumento da parcela de pessoas de sessenta anos ou mais. Concomitante a todo este processo, surge um novo papel social, o cuidador informal. Este emerge principalmente em uma condição de dependência do idoso.

O principal suporte social para aqueles que envelhecem, ainda é a família, amigos, vizinhos, ou seja, o suporte informal. Eles realizam os cuidados nos seus domicílios, muitas vezes sem assistência e sofrem com a invisibilidade, o que pode trazer implicações negativas para sua saúde e qualidade de vida, dentre elas, a sobrecarga física, emocional e social.

A literatura evidencia que os cuidadores se deparam com uma realidade em que, além do trabalho, dos afazeres domésticos e dos cuidados com os outros familiares, ainda são responsáveis pela demanda de cuidados variados da qual necessita o idoso acamado. Isso constitui um fator estressor, que pode trazer repercussões para sua saúde, e para o idoso, com o aumento dos riscos de maus-tratos.

O cuidador informal de idosos e a sobrecarga desse cuidado aparecem como uma preocupação emergente para a sociedade contemporânea, pois evoca dilemas éticos, morais, econômicos, sociais e de mercado. Com a busca da literatura produzida para construção do referencial temático, constataram-se lacunas nas produções científicas locais acerca da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos acamados. Idosos acamados no domicílio são uma realidade local e os sistemas de informação do município não apresentam registros desses dados.

Acrescenta-se que a aproximação com a problemática deu-se por meio de projetos de pesquisas realizados, quando acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e como bolsista do programa de Iniciação Científica. Essas vivências permitiram o estudo do envelhecimento humano em algumas de suas peculiaridades, a aproximação com a literatura sobre o tema e o contato com os idosos e seus cuidadores no contexto do domicílio. Dessa forma, foi observada a necessidade de suporte que esses cuidadores carecem.

Mediante tal constatação, espera-se contribuir com a produção de conhecimento acerca da população idosa acamada e de seus cuidadores informais, com ênfase na sobrecarga destes relacionada ao cuidado e as características sociodemográficas e clínicas dessas populações. E assim embasar a formulação de estratégias de promoção da saúde do binômio,

bem como dar subsídios à formação e capacitação de profissionais para o cuidar de indivíduos e família de forma holística e humanística, com ênfase na equipe de enfermagem.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 O Idoso acamado e os determinantes sociais da saúde

A saúde do idoso está relacionada à sua funcionalidade global. Estar saudável é mais que apenas a ausência de doenças, mas os impactos que elas têm sobre o funcionamento e bem-estar do idoso. As pessoas envelhecem de maneiras diferentes. E parte dessa diversidade reflete a herança genética e as relações com os ambientes físicos e sociais, de forma em que estes podem oferecer barreiras ou incentivos que influenciam os comportamentos ao longo da vida. A idade avançada não implica em declínio funcional e dependência, muitas pessoas experienciam declínios funcionais em idades jovens (OMS, 2015).

A capacidade funcional é avaliada por meio da análise das atividades de vida diárias realizadas pelo idoso quanto ao grau de autonomia e independência do indivíduo. A autonomia é a capacidade de decidir e elaborar suas regras, ela é dependente da cognição e humor. Já a independência, refere-se à capacidade de execução e está ligada a mobilidade e comunicação. Portanto, a saúde do idoso é determinada pelo funcionamento de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. As perdas em graus variáveis desses domínios resultam nas grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa (MORAIS; MARINO; SANTOS, 2009).

A mobilidade é uma das principais funções corporais e o seu comprometimento, além de afetar diretamente a independência, pode acarretar consequências graves, principalmente nos idosos. As quedas podem ser resultado da instabilidade postural, como também de alterações na capacidade de mobilidade. A complicação mais frequente da queda é o medo de cair novamente, o que muitas vezes, impedem o idoso de deambular normalmente, deixando-o restrito ao leito ou a cadeira e piorando seu condicionamento físico (MORAIS; MARINO; SANTOS, 2009).

A imobilidade é uma das grandes síndromes. Ela apresenta causa importante de comprometimento da qualidade de vida do idoso e sua gravidade é progressiva. Esta síndrome está relacionada à outra grande síndrome, a de fragilidade do idoso, embora seja menos prevalente que para os casos de comprometimento cognitivo. A chance de ser frágil está aumentada para idosos que usam mais de cinco medicamentos ao dia e com instabilidade postural. A Fragilidade é um importante conceito em gerontologia e geriatria, sendo citada

como significativo fator de risco para queda, incapacidade, hospitalização e morte entre idosos (CLOSS et al., 2016; WEHBE et al., 2009).

Ainda, a redução da capacidade de deambulação reduz a independência funcional do idoso para execução das atividades de autocuidado, instrumentais e laborais, levando a maior perda da força muscular e desencadeando um ciclo-vicioso entre inatividade e fraqueza (MARQUES-VIEIRA, 2015). Os mais prevalentes fatores causadores de restrição da mobilidade são as sequelas de acidente vascular cerebral, os acidentes automobilísticos, a paralisia cerebral e as fraturas de fêmur (VIANA et al., 2013).

Assim, o crescimento da população idosa constitui-se em um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, uma vez que os idosos, nas diversas camadas e classes sociais, devido às suas limitações ou incapacidades, vivem diferentes velhices e nesta fase do curso de vida ampliam-se as desigualdades sociais. Os problemas de saúde e o uso de serviços de saúde aumentam com a idade, sobretudo nas últimas décadas de vida. Conhecer as condições de saúde e seus determinantes é importante para subsidiar ações de intervenções e políticas sociais.

No Brasil, mudanças na renda mensal domiciliar per capita são sensíveis para identificar algumas vulnerabilidades. Os idosos com menor renda percebem sua saúde como pior, tem alguma das suas atividades cotidianas comprometidas por problemas de saúde e estiveram acamados em tempos recentes. Estar acamado, dentre outras condições, é um indicador considerável da qualidade de vida em comparação com a presença/ausência de doenças crônicas específicas e diminui significativamente a sobrevida da população idosa (LIMA-COSTA et al., 2003).

Pesquisas de base populacional revelam um aumento gradual com a idade da pior percepção subjetiva da saúde, da interrupção recente das atividades habituais devido a problemas de saúde, de ter estado acamado, da artrite/reumatismo, do grau de dificuldade para realizar atividades da vida diária, do maior tempo decorrido após a última visita ao dentista e do número de hospitalizações no último ano (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO; MATOS, 2007). Sendo portanto, os idosos mais velhos, os que apresentam maior vulnerabilidade a problemas de saúde incapacitantes e que causam perda de sua independência e autonomia.

Em consonância com os achados desse levantamento, as características dos usuários de um programa de atendimento domiciliar aos idosos acamados em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, mostrou um público: a maioria feminino, na faixa etária dos 80 aos 89 anos e que apresentavam grau de incapacidade severa (não caminhavam, apresentavam incontinência habitual, necessitavam de auxílio para atividades básica e instrumental de vida diária).

Verificou-se que as doenças mais comuns foram as cardiovasculares, seguidas da doença de Alzheimer/demência, depressão e esquizofrenia, sendo que o sofrimento mental é a situação que mais causa estresse aos cuidadores (FREITAS; MENEGHEL, 2008).

Os idosos em ambiente domiciliar, 6,7% possuem alto risco de internação. Esse risco foi associado à presença de doenças crônicas como câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica, ao uso de medicamentos, à presença de quedas, ao pior estado de saúde, caracterizado pela necessidade de permanecer acamado e de receber visita domiciliar de um profissional de saúde, e à dependência para realizar as atividades de vida diárias. A condição de morar só e a independência nas atividades instrumentais de vida diárias associaram-se negativamente ao risco de internação (PEREZ; LOURENÇO, 2013).

A idade é fator associado à perda da capacidade funcional em menor ou maior grau. Algumas dessas perdas ocorrem com o avançar dos anos e faz parte do processo natural do envelhecimento chamado senescência, além dos declínios fisiológicos e seus efeitos, por força de mecanismos genéticos e da ação concorrente de muitos fatores ambientais. Quando o processo de envelhecimento acontece na presença de uma ou mais patologias que causam alterações que não se confundem com as mudanças naturais desse processo, ele é chamado de senilidade, ou envelhecimento secundário/patológico (NERI, 2013).

Há ainda, o envelhecimento terciário ou terminal, relacionado a padrão de declínio terminal, caracterizado pelo grande aumento das perdas físicas e cognitivas, num período curto de tempo, que leva a morte por conta de doenças dependentes do envelhecimento, quer pela acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e patológico. A interação entre os três tipos de envelhecimento é mais provável na velhice avançada (MALAGUTTI; BERGO, 2010; NERI, 2008).

O gênero é outro fator característico das desigualdades em saúde, incluindo o que diz respeito à capacidade funcional. Deve-se levar em conta que existem muitas diferenças culturais entre os gêneros, referidos nos padrões de estilo de vida que determinam a exposição a fatores de risco, como o consumo de álcool e fumo, mais comum entre os homens, enquanto as mulheres realizam trabalhos laborais domésticos pesados. O sexo feminino é o mais afetado pelo declínio funcional (MALAGUTTI; BERGO, 2010).

Cabe aqui, abordar o conceito de feminilização da velhice como possível justificativa no contexto das mudanças sociodemográficas, pois ela está relacionada à maior presença relativa das mulheres na população idosa, a maior longevidade destas em comparação com os homens, o crescimento relativo das mulheres que fazem parte da população economicamente ativa e o

crescimento relativo do número de mulheres que são chefes de família e sua integração em outras esferas da vida social que excedem o âmbito familiar (NERI, 2008).

Em estudo realizado em Teresina, a maioria dos idosos acamados eram mulheres encontravam-se acamados entre um e cinco anos e apresentavam uma ou mais patologias crônicas, com evidentes dificuldades de caminhar, enxergar, falar e ouvir, limitações para vestir-se, banhar-se e alimentar-se. Foram oito os Diagnósticos de Enfermagem (DE) prevalentes, dos quais em 98% dos idosos identificou-se o DE, controle inadequado do regime terapêutico e em 72% a deambulação prejudicada com limitação da mobilidade (FIGUEIREDO et al., 2008). Idosos acamados no domicílio são uma realidade local e os sistemas de informação do município não são sensíveis a esses dados, o que torna sua prevalência inestimada.

2.2 Cuidados domiciliares e o cuidador informal como principal agente.

“A prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo” (COLLIÈRE, 1999, p.25). No início da construção dos primeiros conceitos de “cuidar”, esta ação era vista como forma indispensável de assegurar a continuidade da vida humana, individual e em grupo, se consagrava em fazer recuar a morte. O cuidar envolvia, então, atividades como cuidar do território, repelir o inimigo, proteção da família e pertences materiais, estas mais ligadas ao homem. A mulher, por sua vez, cuidava das crianças, assegurando e mantendo a continuidade da vida humana (COLLIÈRE, 1999; SILVA et al., 1993).

Cada sociedade, de acordo com sua cultura e por meio da mídia imprime marcas em seus componentes, que podem ser físicas, estéticas e comportamentais. A tradição se insere nessa perspectiva e reflete, ainda nos tempos recentes, a presença da mulher como principal membro familiar cuidadora dos dependentes e dos idosos. As mulheres realizavam atividades restritas ao lar e desta forma estavam disponíveis para a atividade de cuidado dos membros familiares (ASSIS, 2004; MALAGUTTI; BERGO, 2010).

Além das mulheres, a cultura de que a família é a principal responsável também é resultado da tradição histórica. A sociedade carrega a expectativa de que a família deve cuidar de seu membro que envelhece e quando ela não cumpre essa função é considerada negligente ou irresponsável. Adicionalmente aos imperativos culturais, a responsabilidade da família também se traduz nos preceitos religiosos. Muitas religiões no mundo trazem essa ideia de que a responsabilidade é da família, como nas religiões orientais, por exemplo, que enfatizam

a norma da piedade filial e as religiões judaico-cristãs ao instruírem seus seguidores a honrar seus pais e suas mães (CALDAS, 2003).

Os membros da família costumam assumir o papel de cuidadores, por terem, além de uma responsabilidade culturalmente definida, o vínculo afetivo. Geralmente, a função do cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Este assume tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando se por elas (BRASIL, 2006).

Muitos familiares que cuidam de idosos trazem em seus discursos noções de norma e de dever. E por vezes esse cuidado é visto como um poder assimétrico, da qual, contrária a essa ideia, emerge a vontade de tornar as relações mais horizontais e participativas. Dessa maneira, como possibilidade de desconstruir as assimetrias de poder, são concebidos três pressupostos na visão dos cuidadores e equipe de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar. A tensão entre o cuidado que assujeita/normaliza/subjuga e o cuidado que liberta está presente nas relações e deve ser levado em consideração, uma vez que reconhecer a presença do conflito significa entender as dificuldades intrínsecas a sistemática de cuidar (FREITAS; MENEGHEL; SIELLE, 2011).

As famílias estão sofrendo mudanças em sua constituição, tamanho, arranjos e valores, dentre estas, uma importante alteração diz respeito à situação dos membros idosos, que, em muitos casos, são os provedores da família, assumindo o papel de cuidadores em vez de serem cuidados (MELO et al, 2016). Além de evidências que cuidadores mais velhos cuidam em maior proporção de idosos mais velhos. Ou seja, idosos estão cuidando de outros idosos. Esse fato gera questionamentos quanto à qualidade de assistência prestada pelo cuidador ao idoso, bem como dos impactos do cuidado aos próprios cuidadores, levando-os a apresentar doenças físicas e emocionais (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013).

Caldas (2003) chama atenção para o processo de sofrimento daqueles que, realizam o cuidado de idosos demenciados no contexto do domicílio. Os cuidadores realizam as atividades de cuidado, apesar das dificuldades e da falta de apoio, ao fazerem adaptações, no entanto essas geram custos, e desgaste físico e emocional. É urgente e profunda a necessidade de suporte material, institucional e comunitário.

Sabe-se que mais de 90% dos idosos residem com suas famílias e mais de 27% das casas brasileiras têm pelo menos uma pessoa idosa. Várias ações precisam ser realizadas para que os familiares entendam as questões típicas do envelhecimento e cuidem adequadamente de seus avós e bisavós. Como estratégias são apresentadas três ações principais: adaptação da casa, mudança de comportamento e apoio aos cuidadores. Por esses motivos, os setores de

saúde e de assistência social estão devendo às famílias uma ação muito mais efetiva e eficaz, que consiste na elaboração de meios que ajudem o cuidador (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, é necessário conhecer as repercussões de se cuidar de um idoso dependente, como é o caso do idoso acamado no contexto do domicílio. A relação entre cuidador e dependente de cuidados ocasiona implicações para o cuidador, cuja maioria demonstra níveis de sobrecarga em decorrência da prática de cuidados diários e ininterruptos (FERNANDES; GARCIA, 2009).

No que diz respeito à prática de cuidados, estudos internacionais realizados no México e Espanha evidenciam que quanto maior a complexidade e a quantidade dos cuidados, maiores serão as repercussões que afetam a saúde dos cuidadores. Outra investigação, desenvolvida nos Estados Unidos da América, com o objetivo de avaliar e quantificar a carga econômica de cuidar de um sobrevivente de acidente vascular encefálico identificou que a sobrecarga do cuidador foi maior para, quanto mais tempo percebido foi gasto na assistência ao idoso, do que quanto maior a dificuldade em realizar o cuidado (GANAPATLY et al., 2015; RUIZ et al., 2014; SARABIA-COBO, 2015).

Os determinantes da quantidade de cuidados prestados são: a baixa capacidade funcional do paciente, o apoio reduzido do serviço social municipal, a relação estreita com o paciente, o comprometimento cognitivo, a curta distância entre a casa do cuidador e a do paciente e o sexo do paciente. Os membros da família que fornecem maior apoio, estando em ordem de maior frequência os cônjuges, filhos, vizinhos e netos envolvidos no cuidado aos idosos (OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015).

Para a compreensão da temática, é necessário entender alguns conceitos, são eles: cuidador principal, cuidador secundário e cuidador formal e informal. O cuidador principal é aquele que realiza o maior número de atividades para com o idoso no domicílio, o cuidador secundário auxilia o principal nas atividades complementares. Usa-se a denominação ‘cuidador formal’, para todo aquele que realiza os cuidados como atividade profissional e recebe remuneração para isso e ‘cuidador informal’ para familiares, amigos e voluntários da comunidade (BRASIL, 2008).

A sobrecarga do cuidador informal pode estar relacionada a fatores próprios do cuidador, do idoso acamado, como da atividade de cuidar em si. Existem instrumentos válidos e fidedignos que avaliam, de maneira subjetiva e objetiva, as implicações do cuidado. O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido em Portugal para mensurar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com diagnóstico de acidente vascular cerebral. Suas características psicométricas

foram avaliadas posteriormente em cuidadores informais de idosos dependentes em, pelo menos, uma atividade de vida diária, incluindo cuidadores de doentes com sequelas motoras graves, doenças cardíacas, respiratórias, digestivas, vasculares, diabetes, cataratas, glaucoma e cegueira. Desta forma é o instrumento de escolha para o objetivo do presente estudo: analisar a sobrecarga física, emocional e social e fatores relacionados do cuidador informal de idosos acamados em domicílio (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003, 2004).

Os profissionais da saúde devem identificar situações de risco para os cuidadores, inclusive nesse sentido, o rastreio de condições que interfiram no bem-estar do cuidador e em como ele executa o cuidado, como exemplo, a presença de condições clínicas, entre elas, destaca-se os sintomas depressivos. Desta forma, é necessário considerar maneiras de apoiar os cuidadores a aumentar sua confiança em sua capacidade de lidar com situações difíceis e assim diminuir a carga da atividade realizada (DUGGLEBY et al., 2016; MC LENNON et al., 2014).

As ações identificadas na literatura que são realizadas para auxiliar os cuidadores foram diversas. O estudo desenvolvido por Mclechnie; Barker; Stott (2014) examinou o impacto de um fórum de suporte on-line no Reino Unido para cuidadores de pessoas idosas com demência e evidenciaram resultados positivos que são únicos para os pares, como melhora no relacionamento do idoso e cuidador. Na China, um estudo clínico randomizado, permitiu observar que os cuidadores familiares que receberam o programa de treinamento individualizado em casa tiveram melhores resultados de saúde na dor corporal, incapacidade de função devido a problemas emocionais, vitalidade, melhor pontuação de resumo mental e menor risco de depressão do que aqueles no grupo controle durante os 6 meses após o programa de treinamento (KUO et al., 2012).

Outras estratégias foram pensadas e ainda estão em execução, desta forma não há evidências de sua efetividade. Tiwari et al. (2016) identificou que na China são utilizadas técnicas da medicina chinesa auto administradas para a redução do estresse e melhoria dos sintomas de fadiga, insônia, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em cuidadores familiares chineses.

A nível nacional são desenvolvidos programas como o Projeto PRÓ-CUIDEM executado por Enfermeiros na cidade de Niterói, Rio de Janeiro. O mesmo utilizou-se de reuniões de grupos para esclarecimento de dúvidas e para dá suporte e orientações de Enfermagem aqueles que cuidam de idosos com demência no domicílio (BRUM et al., 2013) .

Os Profissionais de enfermagem, também se instrumentalizaram por meio de uma cartilha informativa sobre idosos com demência, também desenvolvida no Estado do Rio de Janeiro.

A cartilha é uma tecnologia educacional utilizada por profissionais da Enfermagem que tem a possibilidade de contribuir para o cuidado de pessoas dependentes, prevenção de complicações e para o desenvolvimento de conhecimentos habilidades e atitudes de quem está em casa a prover os cuidados (CAMACHO et al., 2014).

Silva; Monteiro; Santos (2015) afirmam que ao Enfermeiro cabe assumir o papel de educador em saúde, capacitando os cuidadores informais para assumir os cuidados contínuos no domicílio, transformando a ansiedade e o despreparo em força motriz. Isso deve ser pensado ainda no ambiente hospitalar, antes da volta do familiar dependente para casa.

2.3 Sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de idosos

O envelhecimento satisfatório é um estado ótimo de um processo contínuo de adaptação, segundo a manutenção de uma boa funcionalidade e boa capacidade cognitiva das pessoas que vivem na comunidade. Segundo estudo realizado com um grupo de idosos de 85 anos ou mais, como se espera, existe associação significativa entre dependência funcional e diminuição da capacidade cognitiva com envelhecimento não satisfatório e também entre este e fragilidade e risco de quedas. O estado funcional é uma questão central no processo de envelhecimento, e a diminuição da capacidade funcional pode refletir uma trajetória anterior, resultado de um conjunto de características multidimensionais de fragilidade, sendo essa diminuição provavelmente uma consequência mais do que uma causa (FERRER et al., 2014).

Para este mesmo autor, a diminuição da capacidade funcional reflete nessas pessoas a dificuldade de viver só ou com dificuldades financeiras e o correspondente aumento da dependência de um cuidador ou do risco de institucionalização, o que exige um ajuste multidisciplinar com enfoque individual, ambiental e social para gerenciar o envelhecimento enquanto processo (FERRER et al., 2014).

Levando em consideração esse desafio, ter o idoso acamado em domicílio é uma estratégia para mantê-lo em seu ambiente familiar com atenção mais humanizada e diminuir as consequências nefastas das hospitalizações tradicionais e em contrapartida, estimular e potencializar o autocuidado (PUCHIA; JARA, 2015).

As características de quem necessita de cuidados no domicílio são distintas das que se observa em um ambiente hospitalar, onde o plano terapêutico e os cuidados podem ser cumpridos com eficiência com a integração de toda a equipe. No âmbito domiciliar, para a maioria dos domicílios, existe apenas a figura do cuidador, sobre o qual recaem todas as

responsabilidades assistências e sua condição de leigo, o faz vulnerável (PUCHIA; JARA, 2015).

De acordo com estudo realizado em Albacete, na Espanha, 89,3% dos pacientes acamados no domicílio eram pessoas de 65 anos ou mais. Todos os pacientes disponham de cuidadores não profissionais. Sendo esses cuidadores, a maioria, 83,1 % mulheres, familiares, em geral, filhas ou cônjuges, sem estudos ou apenas estudos primários. Contabiliza-se também que 27,3% dos cuidadores desenvolviam simultaneamente alguma atividade laboral, já 11,8% haviam abandonado esta para dedicar-se ao cuidado. E que 61,8% conviviam de forma permanente com a pessoa cuidada, cujo tempo médio de cuidado é de 17,5 horas/dia e a mediana de duração do cuidado de 5 anos, de elevada intensidade. Somente 17,7% dos cuidadores dispunham de formação específica para o cuidado desempenhado e os principais apoios e suportes na assistência realizada provinham de profissionais da atenção primária, no entanto, os pacientes fazem uso reduzido desse recurso (ALCARAZ et al., 2015).

Semelhantes características foram observadas em estudo desenvolvido em São Paulo, estado Brasileiro, onde todos os cuidadores de idosos entrevistados eram cuidadores informais, alternativa para 80 a 90% das famílias que possuem idosos com incapacidades para o autocuidado. Apesar do predomínio de adultos cuidadores, o estudo ressalva a presença de grande numero de idosos que também são cuidadores de outros idosos. Estes eram filhos ou cônjuges, sendo, predominante, o sexo feminino. Geralmente, os homens participam do cuidado de uma forma secundária, por meio de ajuda financeira ou em tarefas externas, como o transporte do paciente e pagamento de contas (PEREIRA et al., 2013).

Dessa forma, o declínio da capacidade funcional dos idosos, as características próprias dos seus cuidadores e a elevada demanda de cuidados intensos e prolongados, fazem com que o familiar vivencie a atividade de assistência ao idoso de forma negativa. A restrição nas atividades sociais e pessoais, o medo, a insegurança, a solidão, a dificuldade em enfrentar a morte e a falta de apoio emocional, prático e de informações são potenciais fatores para aumentar a vulnerabilidade do cuidador, para além, de poderem ser fatores de risco para vários agravos (DELALIBERA et al., 2015).

Cuidar é uma reação de doação, em uma relação de ajuda ao outro que é expressa por meio de atitudes, preocupações, responsabilidades e envolvimento (CAMARGO, 2010). Cuidar de alguém dependente requer também um esforço psicológico.

Geralmente o papel de cuidador costuma ser assumido pelo membro da família que já provê as necessidades da pessoa adoecida, visando manter a coerência do funcionamento familiar. Ao assumir o papel de cuidador, o familiar se preocupa em ver a melhora do

paciente e a percepção de que o outro está precisando de mais atenção que ele faz com que os familiares escondam suas dores e sofrimentos, negando a si mesmo, abrindo mão de suas necessidades físicas, psicológicas e sociais em prol do bem-estar do outro (NASCIMENTO, et al., 2011; SALES et al., 2010).

Com o objetivo de avaliar a dinâmica das famílias, o estilo e qualidade de vida de idosos da quarta idade e de seus familiares cuidadores, estudo realizado em quatro estados brasileiros e em Porto, Portugal, observou que, embora os cuidadores tenham referido boa saúde e qualidade de vida, seu estilo de vida e bem-estar atingiu nível regular. Na ótica dos cuidadores de idosos, isso é justificável, pois a família apresenta alta disfuncionalidade (GONÇALVES et al., 2013).

A Avaliação da funcionalidade familiar é realizada por meio da medida da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes básicos: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Nesta perspectiva, grupos de idosos dependentes e grupos dos cuidadores de idosos mostraram que o funcionamento da família no cumprimento de suas funções, enquanto unidade familiar está mais comprometida quando comparados aos grupos dos idosos independentes. Assim como, existe correlação significativa entre sobrecarga do cuidador e disfuncionalidade familiar, ou seja, os cuidadores sobrecarregados avaliaram sua família como disfuncional (SANTOS; PAVARINE, 2012).

Sendo a família, principal representante da rede de suporte informal ao idoso, bem como de seu cuidador principal, é possível afirmar que, tanto os fatores sociodemográficos como esta rede de suporte oferecida ao cuidador e os fatores relacionados à dinâmica do cuidado são capazes de influenciar negativamente a qualidade de vida dos cuidadores principais dos idosos em atendimento domiciliar (FERREIRA et al., 2012).

A maioria dos cuidadores familiares estão sobrecarregados. A sobrecarga gerada pelo processo de cuidar, além de apresentar um conceito multidimensional, está associada a características do idoso e do próprio cuidador (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013). Segundo Pereira e Figueiras (2009) a sobrecarga tem sido definida como uma resistência à prestação de cuidados, ocasionada pela inclusão ou ampliação de atividades desempenhadas no cuidado. E essa variável tem sido mensurada por meio de escalas validadas e traduzidas para diferentes idiomas, em seus vários aspectos, sendo eles: físico, emocional e social (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Em estudo desenvolvido nas cidades de Curitiba e Colombo, no estado do Paraná, foram entrevistados 45 cuidadores, predominando mulheres (91,11%) com elevada escolaridade, assistindo idosos funcionalmente dependentes (66,77%). Percebeu-se sobrecarga

moderada/severa em 75,55% da amostra. E observou-se correlação entre dependência funcional e maior sobrecarga no cuidador e pior percepção da qualidade de vida. A regressão linear múltipla identificou forte associação entre sobrecarga relacionada ao cuidado e o domínio psicológico do que se refere a qualidade de vida. Aquela, relacionada também, ao tempo, em anos, como cuidador (WACHHOLZ; SATOS; WOLF, 2013).

No que diz respeito ao sofrimento psicológico, estudo desenvolvido na Alemanha, identificou que 33% dos cuidadores sofria de ansiedade e 28% de depressão. Sendo que, as esposas, como cuidadoras, tinham maior aflição psicológica do que outros cuidadores. Outros fatores relevantes para maior aflição foram os elevados encargos financeiros e o baixo apoio social. Não havia quase nenhum membro da família a receber apoio psicológico profissional (GÖTZE et al., 2014).

Outro estudo, também realizado na Alemanha, traz resultados convergentes, na qual, as regressões longitudinais revelaram que cuidados informais afetavam a saúde mental na amostra total e em ambos os sexos, bem como bem-estar cognitivo em mulheres. O efeito de cuidados informais sobre saúde mental foi significativamente moderado por autoeficácia (HAJEK; KÖNIG, 2016).

Nesse mecanismo, em algumas famílias, quanto a mais tempo o idoso for dependente, ocorre à indução de uma adaptação do familiar, com maior tolerância à situação de cuidador, tornando as reações negativas extremas (como as tentativas de suicídio) menos frequentes (FERREIRA et al, 2012).

A sobrecarga relacionada ao cuidado de idosos dependentes faz com que o informal mereça atenção tanto quanto o idoso por ele cuidado, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (FERNANDES; GARCIA, 2009).

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo do tipo analítico, de delineamento transversal. No estudo transversal as medições ocorrem em um único momento, ou em um curto período de tempo, sem seguimentos. Desta forma, permite que a pesquisa seja rápida e de baixo custo, além de diminuir as perdas de participantes, em comparação aos estudos longitudinais (HULLEY et al., 2015).

Este delineamento atende aos objetivos desta pesquisa, por possibilitar definir as características demográficas e clínicas do grupo de interesse e ser capaz de revelar possíveis associações transversais (HULLEY et al., 2015).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Teresina, capital do Estado do Piauí (PI). De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade apresenta uma área territorial de 1.391.981 km² e população geral de 814.230 habitantes, com densidade demográfica de 584,95 habitantes/km², sendo que a maior parte da população (94,27%) reside na zona urbana e 8,4% é composta por idosos de 60 ou mais anos (IBGE, 2013).

Em razão do processo de urbanização da cidade de Teresina ter se iniciado pelas regiões Centro e Norte na Barra do Rio Poti, nelas, reside o maior quantitativo de idosos. Desta forma, optou-se por realizar a pesquisa na área urbana adscrita de todas as 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentro das Regiões Centro e Norte (PIAUI, 2015).

Esleveu-se realizar o presente estudo na atenção básica por esta ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. E por ela considerar que a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural (BRASIL, 2012b).

3.3 População e amostra

A população referência do estudo foi constituída pelos cuidadores informais de idosos acamados assistidos no domicílio pelas equipes da ESF. As equipes componentes do cenário de investigação atendem a 433 idosos acamados. O quantitativo foi obtido por meio de levantamento realizado na Atenção Básica durante os meses de Dezembro de 2016 a Fevereiro de 2017.

De início, foram identificados os pacientes idosos acamados e, após contato prévio com as famílias, foram agendadas as visitas domiciliares, estas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nas visitas a cada família, selecionou-se o cuidador informal principal, participante do estudo. Para esta pesquisa foi considerado cuidador informal a “pessoa não remunerada, familiar ou amiga, que se assuma como a principal responsável pela organização ou assistência e cuidados prestados à pessoa dependente” (BRAITHWAITE, 2000, p. 710).

A amostra foi calculada por meio de amostragem estratificada proporcional do número de idosos acamados e conseqüentemente de seus cuidadores. Essa técnica garante que cada elemento da população tenha a mesma probabilidade de pertencer à amostra (BARBETTA, 2002).

Para tanto, o tamanho da amostra da pesquisa(n) foi calculado por meio das fórmulas:

Formula 1:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

Formula 2:

$$n = \frac{N.n_0}{N + n_0}$$

Onde, n_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra; E_0 é o erro amostral tolerável, aqui fixado em 5%; N é o número de elementos da população; n é o tamanho final da amostra (BARBETTA, 2002). Assim, foi obtida amostra para o desenvolvimento deste estudo de 208 cuidadores informais de idosos acamados.

Posteriormente, dividiu-se a amostra em subgrupos proporcionais ao número de idosos acamados de cada UBS, conforme Quadro 01.

Quadro 01. Distribuição da amostra por estratificação nas Unidades Básicas de Saúde das Regiões Centro e Norte do Município de Teresina. Teresina, 2018.

	UBS da Regional Centro/Norte	Nº de idosos acamados	% de idosos acamados em cada UBS	Amostra de idosos proporcional por UBS
1	Adelino Matos	27	6,24%	13
2	Água Mineral	22	5,08%	11
3	Anita Ferraz	10	2,31%	5
4	Buenos Aires	18	4,16%	9
5	Cecy Fortes	29	6,70%	14
6	Cidade Jardim	13	3,00%	6
7	Cidade Verde	38	8,78%	19
8	Mafrense	14	3,23%	7
9	Mamamia	5	1,15%	2
10	Memorare	23	5,31%	11
11	Mocambinho	28	6,47%	13
12	Monte Verde	16	3,70%	8
13	Nova Brasília	26	6,00%	12
14	Nova Teresina	16	3,70%	8
15	Poty Velho	24	5,54%	11
16	PQ Wall Ferraz	19	4,39%	9
17	Sta Maria da Codipe	27	6,24%	13
18	Vila do avião	6	1,39%	3
19	Real Copagre	33	7,62%	16
20	Karla Ivana	32	7,39%	15
21	Jacinta Andrade	5	1,15%	2
22	Jacinta Andrade 2	2	0,46%	1
	Total	433	100%	208

Fonte: Pesquisa direta

Para seleção dos participantes, foi solicitada uma lista aos profissionais da ESF com os nomes e endereços dos idosos acamados. Estes foram sorteados, garantindo a aleatoriedade amostral, dentro de cada UBS, a partir da função =ALEATÓRIOENTRE no software Excel® 2013.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados critérios de inclusão para participação dos cuidadores informais no estudo:

- Ter 18 ou mais anos de idade;
- Capacidade cognitiva preservada, segundo os parâmetros do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH et al., 1975; BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO A);
- O idoso acamado residir na área de abrangência do projeto;
- O idoso acamado estar cadastrado na ESF;
- Não receber remuneração para a prestação do cuidado ao idoso acamado;
- Ser o principal cuidador por prestar a maioria dos cuidados ao idoso na maior parte do tempo.
- Cuidar do idoso acamado a 4 meses ou mais;

Foram excluídos do estudo aqueles participantes que:

- Após duas visitas não estavam presentes no domicílio, sendo sorteado o subsequente.

3.5 Variáveis do estudo

Foi considerado como variável dependente para esta investigação a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos acamados e como variáveis independentes, aquelas referentes às características sociodemográficas e clínicas dos idosos; as características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos cuidadores; e as características dos cuidados realizados, conforme especificado no Quadro 2.

Quadro 02. Descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo. Teresina, 2018.

VARIÁVEL DEPENDENTE		
Sobrecarga física, emocional e social	Numérica contínua	Escore total das respostas aos 32 itens do instrumento (intervalo possível de 32 a 160) e das repostas obtidas para cada uma das sete dimensões.
VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELACIONADAS AO IDOSO		
<u>SOCIODEMOGRÁFICAS</u>		
Sexo	Catagórica nominal	Masculino/Feminino
Idade	Numérica contínua	Calculada a partir da data da entrevista e da data de nascimento do idoso
Escolaridade	Catagórica nominal	Não alfabetizado; alfabetizado; saber ler e escrever informal
Número de pessoas residentes no domicílio do idoso	Numérica discreta	Número absoluto
Com quem o idoso reside	Catagórica nominal	Sozinho/ Somente com o cônjuge/ Somente com o (os) filho(s)/ Cônjuge e filhos/ Somente com os netos (sem filhos)/ Com filhos e neto/ Com familiares/ Com não familiares
Possui um único cuidador	Catagórica nominal	Sim/ Não
<u>CLÍNICAS</u>		
Doenças referidas	Catagórica nominal	Doenças referidas pelos cuidadores
Medicamentos	Numérica discreta	Quantidade de medicamentos
Uso de curativo	Catagórica nominal	Sim/ Não
Frequência de troca dos curativos	Numérica discreta	Número absoluto
Uso de dieta enteral	Catagórica nominal	Sim/ Não
Preparo da dieta enteral	Catagórica nominal	Família/Comprada/Doação
Uso de oxigenoterapia	Catagórica nominal	Sim/ Não
Uso de traqueostomia	Catagórica nominal	Sim/ Não
Frequência de aspirações	Numérica discreta	Número absoluto
Uso de sonda vesical de demora	Catagórica nominal	Sim/ Não
Uso de sonda vesical de alívio	Catagórica nominal	Sim/ Não
O idoso tem dificuldades para ouvir, falar, mastigar, engolir	Catagórica nominal	Sim/ Não
Atividades básicas de vida diária	Catagórica ordinal	Categorias A,B,C,D,E, F, G e outras do index de Katz
VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELACIONADAS AO CUIDADOR		
<u>SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS</u>		
Sexo	Catagórica nominal	Masculino/ Feminino
Idade	Numérica contínua	Calculada a partir da data da entrevista e da data de nascimento do cuidador

Estado civil	Catagórica nominal	Solteiro (a)/ Casado (a)/ Separado (a)/Divorciado (a) ou Desquitado (a)/ Viúvo (a)/ União estável
Escolaridade	Catagórica nominal	Não alfabetizado; alfabetizado; sabe ler e escrever informal
Renda	Numérica discreta	Valor absoluto;
Grau de parentesco com o idoso	Catagórica nominal	Esposo(a)/ Filho (a)/ Irmão (ã)/ Neto(a)/ Genro (nora); outro;
Reside com o idoso	Catagórica nominal	Sim/ Não;
Ocupação/ atividade principal	Catagórica nominal	Do lar; Aposentado/pensionista; Emprego formal; Emprego informal; Outro;
<u>CLÍNICA DO CUIDADOR</u>		
Doenças referidas	Catagórica nominal	Autoreferidas
Medicamentos	Numérica discreta	Quantidade de medicamentos
Dores no corpo	Catagórica nominal	Sim/ Não;
Dores surgiram após o idoso ficar acamado	Catagórica nominal	Sim/ Não;
A dor permanece após a realização dos cuidados ao idoso	Catagórica nominal	Sim/ Não;
Modificações no corpo e na saúde após as atividades como cuidador	Catagórica nominal	Sim/ Não;
Saúde subjetiva	Catagórica nominal	Boa/ Regular/ Ruim
<u>CUIDADO EXECUTADO</u>		
Há quanto tempo é cuidador	Numérica discreta	Tempo em anos;
Tempo dedicado ao idoso	Numérica discreta	Quantos dias da semana dedica para cuidar do idoso de 2ª a 6ª feira?; Quantos dias no final de semana dedica para cuidar do idoso sábado e domingo?; Quantas horas da semana dedica para cuidar do idoso de 2ª a 6ª feira?;Quantas horas no final de semana dedica para cuidar do idoso sábado e domingo?
Conta com ajuda de alguém para cuidar do idoso	Catagórica nominal	Não/Às vezes/ Sempre ou quase sempre/ Dado perdido;

3.6 Instrumentos para a coleta de dados

Inicialmente foi utilizado com os cuidadores o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), como uma ferramenta para seleção da amostra. Aqueles que não atingiram os pontos de corte, não participaram do estudo.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um teste neuropsicológico que foi elaborado por Marshal Folstein, Susan Folstein e Paul McHugh em 1975, com o objetivo de avaliar a função cognitiva, realizar o seguimento de quadros demenciais e auxiliar no monitoramento de resposta ao tratamento (LOURENÇO; VERAS, 2006).

O MEEM é uma ferramenta reconhecida internacionalmente para o rastreio de comprometimento cognitivo e amplamente utilizado para realizar triagens de aplicação breve na clínica, além de ser um instrumento de caracterização ou inclusão e exclusão da amostra em investigações científicas. O teste avalia diferentes funções e é organizado em sete categorias, que somam 30 pontos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória da evocação das palavras (3 pontos), linguagem (2 pontos), repetir a frase (1 ponto), capacidade construtiva visual (1 ponto), seguir ordens (3 pontos), escrever uma frase (1 ponto) e desenho (1 ponto) (PEREIRA et al., 2014).

Bertolucci et al., (1994) identificaram, em uma população de idosos, que o nível de escolaridade interfere no resultado final do teste, ao ponto que a idade não. Desta forma, para a interpretação dos resultados do exame, os pontos de corte são estipulados conforme a escolaridade, considerando para analfabetos o ponto de corte 13, 18 para aqueles com baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos) e 26 para os participantes com alta escolaridade (8 ou mais anos). Esses valores de corte foram utilizados no presente estudo para decidir pela participação do cuidador.

Para a coleta de dados, todos os instrumentos foram aplicados, na sequência, aos cuidadores: Roteiro estruturado para caracterização dos idosos; o Índice de Katz; Roteiro estruturado para caracterização dos cuidadores informais; e o QASCI.

3.6.1 Roteiro para caracterização dos idosos acamados

Inicialmente, foi feito uso do roteiro estruturado para caracterização sócio-demográfica e clínica do idoso, já utilizado no Brasil (MONTEIRO, 2014) e adaptado pela pesquisadora (ANEXO B). O roteiro contempla tais informações:

- Caracterização sócio-demográfico do idoso: idade, data de nascimento, sexo, escolaridade, número de pessoas residentes no domicílio, com quem o idoso reside e se possui um único cuidador;
- Caracterização clínica do idoso acamado: doença/problema de saúde; uso de medicamentos; uso de curativos; a frequência de trocas dos curativos na semana; uso de dieta enteral; quem prepara a dieta; uso de oxigenoterapia; uso de traqueostomia; uso de sonda vesical de demora; uso de sonda vesical de alívio, dificuldades para ouvir, falar, mastigar ou deglutir.

Foi investigada também, a independência para as atividades básicas de vida diária através do Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)- escala de Katz (ANEXO C).

O Index de independência nas ABVD foi proposto por Sidney Katz e publicado pela primeira vez em 1963 para avaliar a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) (BRASIL, 2006). Ele classifica as pessoas idosas como:

A- independente para todas as atividades;

B- independente para todas as atividades menos uma;

C- independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional;

D- independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional;

E- independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional;

F- independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional;

G- dependente para todas as atividades;

Outra- dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

Agrupamos os itens em três categorias a fim de obter os diferentes graus de incapacidades:

Nível A e B: ausência de incapacidade ou incapacidade leve;

Nível C e D: incapacidade moderada;

Nível E-G: incapacidade severa;

A classificação “Outra” foi excluída dessa categorização. O Index de Katz é um dos instrumentos mais utilizados em geriatria e gerontologia por permitir medir se uma pessoa, de

forma independente, é ou não capaz de executar suas atividades cotidianas, e se não, verificar se a necessidade de ajuda é parcial ou total (DUARTE; ANDRADE, LEBRÃO, 2006).

3.6.2 Roteiro para caracterização dos cuidadores informais de idosos acamados

Posteriormente, deu-se início o uso do roteiro estruturado (ANEXO D) para viabilizar a obtenção dos dados referentes ao perfil sócio demográfico, econômico, clínico e dos cuidados realizados pelos cuidadores de idosos acamados. O instrumento já foi utilizado no Brasil (MONTEIRO, 2014) e para a presente investigação, adaptado pela pesquisadora. O roteiro contempla as informações:

- Caracterização sócio-demográfica e econômica do cuidador informal: idade; data de nascimento; sexo; escolaridade; estado civil; renda do cuidador; grau de parentesco com o idoso; reside com o idoso; ocupação.
- Caraterização do cuidado realizado pelo cuidador informal: é o único cuidador; há quanto tempo é cuidador; tempo dedicado ao idoso na semana; ajuda para cuidar do idoso.
- Caracterização clínica do cuidador: comorbidades; uso de medicamentos; dores no corpo; sensação de modificações no corpo após o idoso ficar acamado; percepção subjetiva da saúde.

3.6.3 Instrumento para avaliação da sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos acamados

Para atender ao objetivo de avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos acamados, a presente pesquisa utilizou o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), desenvolvido em Portugal e já adaptado e validado no Brasil (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2004; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015) (ANEXO E).

O QASCI é composto por 32 itens avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia de 1 a 5 pontos. Integra 7 dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens); Reações às exigências (cinco itens); Sobrecarga emocional (quatro itens); Apoio familiar (dois itens); Sobrecarga financeira (dois itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens). Para cada participante, o escore total é calculado pela soma das respostas aos 32 itens, após a reversão dos valores dos

itens que compõe as três dimensões positivas, são elas: percepção dos mecanismos de eficácia e de controle, apoio familiar e satisfação com o papel e com o familiar. Infere-se que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga. A média do escore total é aquela obtida no grupo de participantes (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Vale registrar que o uso do QASCI, para a presente investigação, foi autorizado pela autora que realizou a validação do instrumento para o Brasil (ANEXO F).

3.7 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados no período de Fevereiro a Julho de 2017 pela mestranda e por alunos bolsistas do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Piauí, que foram treinados para aplicação dos instrumentos pela pesquisadora responsável. A primeira entrevista foi realizada pela mestranda, com observação dos alunos do curso de graduação em Enfermagem. Em seguida, cada um deles efetuou uma entrevista, com supervisão direta. Após estes procedimentos a equipe foi autorizada a iniciar a coleta de dados.

Nas visitas, as famílias eram questionadas sobre quem era o principal responsável pelos cuidados do idoso. Para aqueles idosos com mais de um cuidador, participou do estudo o cuidador informal que realiza o maior número de atividades para com o idoso acamado. Nos casos em que as tarefas são organizadas em regime de plantões, de modo que mais de um cuidador, realize em períodos diferentes a mesma demanda de cuidados, foi entrevistado apenas um dos cuidadores a escolha da família.

A equipe apresentava-se de camiseta branca e crachá de identificação discente da UFPI e era acompanhada pelos ACS. Os dados foram coletados diariamente, nos turnos manhã e tarde, conforme horário de atendimento da equipe da ESF.

Após contato com o cuidador no domicílio, local onde este realiza os cuidados do idoso, foram explicados os procedimentos necessários para realização da pesquisa e com aceitação voluntária do participante, obtido por meio do consentimento do cuidador e a assinatura do TCLE (APÊNDICE A), era iniciada a entrevista.

3.8 Estudo Piloto

Anterior à coleta, um estudo piloto foi conduzido na área de abrangência das equipes de uma Unidade Básica de Saúde, a fim de avaliar a factibilidade, o tempo necessário e o custo para o desenvolvimento da pesquisa, além de ser, uma maneira de demonstrar que o formulário de coleta de dados é factível e eficiente para o levantamento proposto.

Esse tipo de estudo deve ser planejado com o mesmo rigor dispensado a pesquisa em si, com objetivos e métodos claros. Podem fornecer estimativas sobre os parâmetros a serem utilizados para estimar o tamanho final da amostra, é também, o momento de aproximação dos pesquisadores com o ambiente que se dará a pesquisa (HULLEY et al, 2015).

Para sua realização, segundo Medronho (2009), a amostra deve ser considerada bem menor do que a amostra do estudo propriamente dita. Desta forma, foram selecionados 10% da amostra calculada, que correspondeu a 21 cuidadores informais de idosos acamados.

Em seguida, após avaliação do estudo piloto foram realizadas mudanças quanto ao layout da página e a sequência de apresentação dos instrumentos de modo que todos os instrumentos destinados à caracterização do idoso fossem preenchidos primeiro, para em sequência aplicar o roteiro de caracterização do cuidador e a escala para avaliação da sobrecarga.

Após o estudo piloto deu-se início a coleta propriamente dita.

3.9 Análise dos dados

Os dados foram digitados no Software Excel® 2013 e analisados com a utilização do Software Statistical Package for Social Science (SPSS®) versão 20.0, ferramenta de tratamento de dados e análise estatística. A técnica de dupla digitação foi utilizada com checagem e correção dos erros no banco de dados. Logo após, realizaram-se análises descritivas, como medidas de tendência central para as variáveis numéricas (média e mediana), frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão).

Foi realizado teste de normalidade nas variáveis numéricas do estudo para confirmação do padrão de distribuição das mesmas, com esse objetivo, o teste selecionado foi o de Kolmogorov-Smirnov e a análise gráfica pela curva de normalidade, comprovando-se um padrão de distribuição não normal das variáveis. Desta forma, optou-se pelos testes não-paramétricos de Mann-Whitney quando aquelas eram dicotômicas e o Kruskal-Wallis, quando

as variáveis apresentaram três ou mais classes. Estes testes permitem comparar diferenças das medianas ou postos.

Para a análise da associação entre as variáveis quantitativas independentes com a variável dependente do estudo (escore total QASCI), optou-se por utilizar o Coeficiente de Correlação de Spearman.

O coeficiente é um teste não paramétrico similar ao teste de correlação de Pearson. Quanto mais próximo de 0 mais fraca é a correlação e quanto mais próximo a 1 mais forte é o relacionamento entre as variáveis. A direção do relacionamento pode ser positivo, negativo ou zero. Positivo quando à medida que o valor de uma variável aumenta a outra variável também aumenta, assim como, quando uma diminui a outra também diminui. Negativo se dá quando o valor de uma variável aumenta e a outra diminui. E zero, quando não existe um relacionamento linear entre as variáveis do estudo (DANCEY, 2013).

Para a interpretação da força das correlações (valores de “r”), foi utilizada a classificação proposta por Pestana e Gageiro (2003), que considera valores de 0,00 a 0,20 de correlação muito baixa; 0,21 a 0,39 de correlação baixa; 0,40 a 0,69 de correlação moderada; 0,70 a 0,89 de correlação alta; 0,90 a 1,00 correlação muito alta e igual a 1 como correlação perfeita.

Para todos os testes estatísticos utilizados, foi fixado o valor de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos e discutidos a partir do referencial temático.

3.10 Riscos e benefícios

Os riscos oferecidos pelo presente estudo foram mínimos, no entanto, versam sobre o constrangimento no ato da entrevista, visto que os participantes forneceram informações pessoais. No intuito de minimiza-lo, as entrevistas foram realizadas nos domicílios, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como foi utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e participantes do estudo.

Através dos dados obtidos, busca-se, a médio e longo prazo, contribuir para a construção do conhecimento e assim, subsidiar medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos aos idosos e seus cuidadores. Além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes para realizarem pesquisas que possibilitem um novo olhar a esta clientela, bem como, proporcionar uma reflexão das atividades desempenhadas pelo enfermeiro diante dos

desafios e possibilidades na prestação de um cuidado holístico e humano ao binômio idoso/cuidador.

3.11 Aspectos éticos e legais

A pesquisa leva em consideração os aspectos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c).

Tendo em vista a participação dos cuidadores de idosos cadastrados na ESF do município de Teresina (PI), foi solicitada a anuência da Fundação Municipal de Saúde (FMS) para a livre coleta dos dados e seleção das participantes (ANEXO G). Em seguida, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (CEP/UFPI) e aprovado com CAAE: 64483317.7.0000.5214 e número de parecer: 1.971.805 (ANEXO H). A coleta de dados foi iniciada após a sua aprovação.

A participação no estudo se deu de forma voluntária, sendo assegurado: direito ao consentimento livre e esclarecido; preservação do anonimato; garantia de que as informações fornecidas não serão utilizadas como forma de prejuízo ao entrevistado e apenas com fins científicos; e, direito de recusar-se ou desvincular-se da pesquisa em qualquer fase do estudo, sem que lhe seja atribuído algum prejuízo.

As pesquisadoras comprometeram-se ainda a manter a confidencialidade sobre os dados coletados (APÊNCIDE A), bem como, a privacidade de seus conteúdos. Os instrumentos de coleta de dados e termos de consentimento livre e esclarecido, assim como, todo material resultante do estudo, ficarão de posse da pesquisadora responsável, por 5 anos, e após esse período serão destruídos.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores informais, dos cuidados desenvolvidos e dos idosos acamados

4.1.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores informais

A análise dos dados obtidos revelou que 40,4% dos cuidadores possuíam idades na faixa etária de 40 a menos de 60 anos, com média de 53 anos (DP 15,1); 91,3% eram do sexo feminino; 89,9% alfabetizados, com média de 8,9 anos de estudo (DP 3,2) e 55,3% não mantinham união estável (Tabela 01).

No que diz respeito à variável renda individual, expressa em reais, 74,5% ganhavam até um salário mínimo, com valor mediano de \$937,0 variando de \$0 a \$7000 reais. Em relação à ocupação desempenhada, 29,3% fizeram referência a um vínculo empregatício, seja formal ou informal, 21,6%, a aposentadoria ou pensão. A maioria, 33,2% considerava sua ocupação como “do lar” (Tabela 01).

Quanto ao grau de parentesco com o idoso, identificou-se que 56,3% dos cuidadores eram os filhos, 13,0% o cônjuge (a) e 10,1% amigos, vizinhos, pessoas próximas e do convívio do maior. Residiam com a pessoa idosa acamada 85,1% dos participantes (Tabela 01).

Tabela 01- Caracterização sociodemográficas dos cuidadores informais de idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018

Variáveis	n (%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Faixa etária (em anos)		53,0	15,1	50,9 ; 55,0	19,1 - 88,2
18 a menos de 40	49 (23,5)				
40 a menos de 60	84 (40,4)				
60 ou mais	75 (36,1)				
Sexo					
Feminino	190 (91,3)				
Masculino	18 (8,7)				
Escolaridade		8,9	3,2	8,4 ; 9,4	2 – 17
Não alfabetizado	13 (6,3)				
Sabe ler/ escrever informal	8 (3,8)				
Alfabetizado	187 (89,9)				
Estado civil					
Solteiro/ Não mantém união estável	115 (55,3)				

Continua...

Variáveis	n (%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Estado civil					
Casado/ união estável	93 (44,7)				
Renda pessoal (em reais)		937,0*	1096,4	732,7 ; 1033,2	0 – 7000
Até R\$ 937	155 (74,5)				
Mais de R\$ 937	53 (25,5)				
Ocupação					
Do lar	69 (33,2)				
Aposentado	45 (21,6)				
Outro	33 (15,9)				
Emprego informal	32 (15,4)				
Emprego formal	29 (13,9)				
Grau de parentesco com o idoso					
Filho(s)	117 (56,3)				
Cônjuge	27 (13,0)				
Outros	21 (10,1)				
Irmão(ã)	19 (9,1)				
Neto(a)	14 (6,7)				
Genro(nora)	10 (4,8)				
Reside com idoso					
Sim	177 (85,1)				
Não	31 (14,9)				

Conclusão.

Legenda: \bar{x} = *média*, DP= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima; *valor mediano.

A Tabela 02 apresenta o perfil clínico dos cuidadores. Verificou-se que 66,3% dos cuidadores relataram uma ou mais doenças, destacando-se: as do aparelho circulatório (57,2%) e as osteomusculares e do tecido conjuntivo (40,6%). A quantidade mediana de medicamentos usados por participante foi 4 com o consumo variando de 0 a 8 por dia.

Sobre sentir dores, 77,9% responderam de maneira afirmativa. Dos quais 66,7% queixaram-se de dores na coluna; 56,2% afirmaram que elas surgiram após o idoso ficar acamado e 69,1% que as dores permaneciam após a realização do cuidado. Do total, 59,6% sentiram modificações no seu corpo e na saúde após assumirem o papel de cuidador e 53,8% consideraram sua saúde regular (Tabela 02).

Tabela 02- Características clínicas dos cuidadores informais de idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018

Variáveis	n(%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Apresenta alguma doença					
Sim	138 (66,3)				
Não	70 (33,7)				
Doenças referidas (*) (n=138)					
Doenças do aparelho circulatório	79 (57,2)				
Doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo	56 (40,6)				
Outras	34 (24,5)				
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	27 (19,5)				
Transtornos mentais e comportamentais	23 (16,7)				
Distúrbios no metabolismo de outras lipoproteínas e lípidos	17 (12,3)				
Doenças do aparelho digestivo	11 (8,0)				
Neoplasias	5 (3,6)				
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5 (3,6)				
Nº de medicamentos que faz uso (por dia)		4**	1,9	1,3 ; 1,8	0 – 8
Sente dores o corpo					
Sim	162 (77,9)				
Não	46 (22,1)				
Partes do corpo que sente dores(*) (n=162)					
Coluna	108 (66,7)				
Outras partes do corpo	71 (43,8)				
Pernas	52 (32,1)				
Braços	44 (27,2)				
As dores surgiram após o idoso ficar acamado (n=162)					
Sim	91 (56,2)				
Não	71 (43,8)				
A dor permanece após a realização dos cuidados (n=162)					
Sim	112 (69,1)				
Não	50 (30,9)				
Sentiu modificação no corpo e na saúde após atividade de cuidador					
Sim	124 (59,6)				
Não	84 (40,4)				

Continua...

Variáveis	n(%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Como considera a própria saúde					
Boa	76 (36,5)				
Regular	112 (53,8)				
Ruim	20 (9,6)				

Conclusão.

Legenda: \bar{x} = média, \pm = Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima, (*)=Múltiplas respostas, **valor mediano.

4.1.2 Caracterização dos cuidados desenvolvidos pelo cuidador informal

A média da quantidade de anos dedicados ao cuidado do idoso acamado foi 6,4 (DP 6,2), que vão desde 0,33 a 40 anos. Com média de 4,9 (DP 0,4) dias na semana e 17,6 (DP 7,5) horas por dia, e nos finais de semana, 1,8 (DP 0,5) dias e 17 (DP 8,2) horas. Destaca-se, tanto para a semana como para o final de semana, a jornada de mais de 8 horas de cuidados. (Tabela 03).

Tabela 03- Características do cuidado desenvolvido aos idosos acamados no domicílio. Teresina, PI, 2018

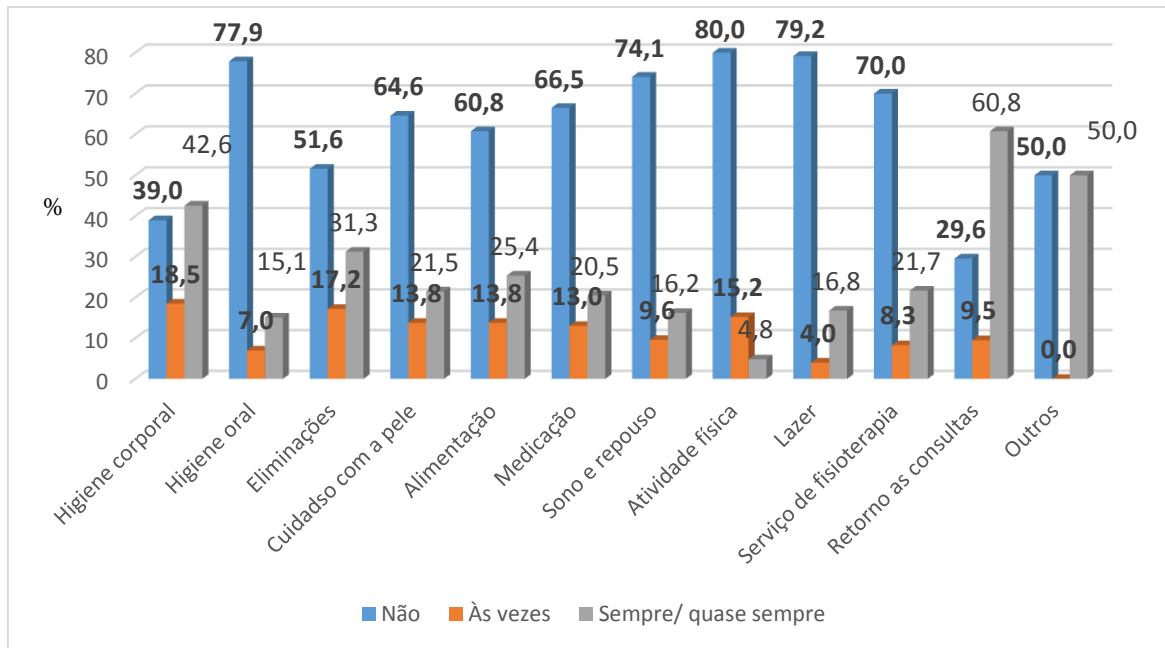
Variáveis	n (%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Tempo que é cuidador (em anos)		6,4	6,2	5,6 ; 7,3	0,3 - 40
Quantos dias na semana		4,9	0,4	4,8 ; 5,0	2 - 5
Quantos dias nos finais de semana		1,8	0,5	1,8 ; 1,9	0 - 2
Quantas horas de 2ª a 6ª (por dia)		17,6	7,5	16,5 ; 18,6	1 - 24
Até 4h	16 (7,7)				
5 a 8h	24 (11,5)				
Mais de 8h	168 (80,8)				
Quantas horas no final de semana (por dia)		17,0	8,2	15,8 ; 18,1	0 - 24
Até 4h	24 (11,5)				
5 a 8h	21 (10,1)				
Mais de 8h	163 (78,4)				

Legenda: \bar{x} = média, DP= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima.

Em relação às atividades em que o cuidador contava com auxílio de outras pessoas, observadas no Gráfico 01, aponta-se que a higiene corporal (42,6%) e o retorno as consultas (60,8%) foram as que, sempre ou quase sempre, eram realizadas com auxílio. Enquanto que, os cuidados com a higiene oral (77,9%), com as eliminações (51,6%), cuidados com a pele (64,6%), com a alimentação (60,8%), administração de medicamentos (66,5%), sono e

repouso (74,1%), atividades físicas (80%), auxílio nos serviços de fisioterapia (70%) e o lazer (79,9%), o cuidador participante, era capaz de prove-las sozinho.

Gráfico 01- Atividades em que o cuidador conta com auxílio de outra pessoa (as). Teresina, PI, 2018



4.1.3 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos acamados em domicílio

Conforme a caracterização apresentada na Tabela 4, dos 208 idosos acamados, 54,8% pertenciam à faixa etária de 80 anos ou mais. A média de idade foi de 81,6 (DP 11), com mínima de 60 e máxima de 106,4 anos. Quanto ao sexo, 68,3% eram do sexo feminino. No tocante à escolaridade, 39,4% eram analfabetos, seguidos de 38,9% alfabetizados e 21,6% que sabiam ler/escrever informal. A média do número de pessoas que residiam com o idoso no domicílio foi de 4,5 (DP 2), variando de 1 a 13 pessoas. Estando, 38,9% deles vivendo em um arranjo familiar trigeracional. E 55,3% dos idosos contavam com o suporte de mais de um cuidador informal.

Tabela 04- Características sociodemográficas dos idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018

Variáveis	n(%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Faixa etária (em anos)		81,6	11,0	80,1 ; 83,1	60,0 - 106,4
Menos de 80 anos	94 (45,2)				
80 anos ou mais	114 (54,8)				
Sexo					
Masculino	66 (31,7)				
Feminino	142 (68,3)				
Escolaridade					
Não alfabetizado	82 (39,4)				
Sabe ler/ escrever informal	45 (21,6)				
Alfabetizados	81 (38,9)				
Nº de pessoas que residem com o idoso (+o idoso)		4,5	2,0	4,2 ; 4,8	1 - 13
Até 4 pessoas	119 (57,2)				
Mais de 4 pessoas	89 (42,8)				
Pessoas com quem os idosos residem					
Sozinho	2 (1,0)				
Somente com cônjuge	6 (2,9)				
Somente com os filhos	29 (13,9)				
Cônjuge e filhos	34 (16,3)				
Com filhos e netos	81 (38,9)				
Com outros familiares	47 (22,6)				
Com não familiares	9 (4,3)				
Possui um único cuidador					
Sim	93 (44,7)				
Não	115 (55,3)				

Legenda: x = média, DP= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima.

A Tabela 05 descreve a caracterização clínica dos idosos acamados. Verificou-se que 99% apresentavam uma ou mais doenças. Destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, são elas, doença hipertensiva (65%) e sequelas de doenças cerebrovasculares (34%); seguida pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, como diabetes mellitos (30,1%) e pelas doenças do sistema nervoso, Alzheimer/demência (21,4%).

A quantidade média de medicamentos usados por dia era 3,9 (DP 2,3). Dos participantes do estudo, 13,5% realizavam curativo. Estes necessitavam, em média, 14,7 (DP 7,6) trocas de curativos na semana (Tabela 05).

Em relação ao uso de dispositivos, 11,5% faziam uso de sonda nasoenteral (SNE) ou gastrostomia (GTT); 2,9% sonda vesical de demora (SVD) e 1% sonda vesical de alívio (SVA); ainda, 5,8% oxigenoterapia e 1,4% possuíam traqueostomia (Tabela 05).

No tocante as dificuldades questionadas no estudo, por ordem de frequência foram: 46,6% para falar, 44,2% para mastigar, 40,9% para engolir e 34,1% dos idosos tinham dificuldades para ouvir (Tabela 05).

Tabela 05. Características clínicas e distribuição percentual de morbididades segundo CID-10 dos idosos acamados em domicílio. Teresina, PI, 2018

Variáveis	n(%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Apresenta alguma doença					
Sim	206 (99,0)				
Não	2 (1,0)				
Doenças referidas (*)					
Neoplasias	13 (6,3)				
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas					
Transtornos da glândula tireoide	4 (1,9)				
Obesidade	3 (1,5)				
Diabetes mellitos	62 (30,1)				
Doenças do sistema nervoso					
Atrofias	4 (1,9)				
Doença de Parkinson	10 (4,9)				
Doença de Alzheimer/demência	44 (21,4)				
Enxaqueca	1 (0,5)				
Hidrocefalia	1 (0,5)				
Doenças do aparelho circulatório					
Doença Hipertensiva	134 (65,0)				
Doenças do coração	20 (9,7)				
Aneurisma	1 (0,5)				
Embolia e trombose	7 (3,4)				
Sequelas de doenças cerebrovasculares	70 (34,0)				
Hemorroida	1 (0,5)				
Transtornos mentais e comportamentais	18 (8,7)				
Doenças do olho e anexos	16 (7,8)				
Doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo	39 (18,9)				
Lesão, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	17 (8,3)				
Outras morbididades	40 (19,5)				

Continua...

Variáveis	n(%)	\bar{x}	DP	IC 95%	Min-Max
Nº de medicamentos que faz uso (por dia)		3,9	2,3	3,6 ; 4,2	0 - 11
Menos de 5	133 (63,9)				
5 ou mais	75 (36,1)				
Uso de curativos					
Sim	28 (13,5)				
Não	180 (86,6)				
Frequência de troca do curativo (por semana)		14,7	7,6	8,8 ; 14,7	7 - 35
Até 7 vezes	18 (64,3)				
Mais de 7 vezes	10 (35,7)				
Dieta enteral					
Sim	24 (11,5)				
Não	184 (88,5)				
Quem prepara a dieta (n=24)					
Doação	12 (50,0)				
É comprada	7 (29,2)				
A família	5 (20,8)				
Faz uso de oxigenoterapia					
Sim	12 (5,8)				
Não	196 (94,2)				
Faz uso de traqueostomia (nº de aspirações)		1,3	0,6	0 ; 2,8	1 - 2
Sim	3 (1,4)				
Não	205 (98,6)				
Uso de sonda vesical de demora					
Sim	6 (2,9)				
Não	202 (97,1)				
Sonda vesical de alívio					
Sim	2 (1,0)				
Não	206 (99,0)				
Dificuldade para ouvir					
Sim	71 (34,1)				
Não	137 (65,9)				
Dificuldade para falar					
Sim	97 (46,6)				
Não	111 (53,4)				
Dificuldade para mastigar					
Sim	92 (44,2)				
Não	116 (55,8)				
Dificuldade para engolir					
Sim	85 (40,9)				
Não	123 (59,1)				

Conclusão.

Legenda: \bar{x} = média, DP= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima, CID-10= Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. (*)=Múltiplas respostas.

4.1.4 Funcionalidade dos idosos acamados

No tocante a funcionalidade, constatou-se que os idosos acamados apresentavam dependência em pelo menos uma atividade, sendo 47,1% a parcela dos dependentes para todas as atividades questionadas (Tabela 06).

Tabela 06- Classificação da independência funcional dos idosos acamados de acordo com Index de Katz. Teresina, PI, 2018

Classificações	n	%
Independente para todas as atividades menos uma	6	2,9
Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional	13	6,3
Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.	33	15,9
Dependente para todas as atividades.	98	47,1
Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.	58	27,9

Na Tabela 07, ao agrupar as categorias de funcionalidade dos idosos acamados de acordo com o grau de incapacidade para a realização das atividades básicas de vida diárias, identificou-se que 96% apresentavam incapacidade severa.

Tabela 07- Agrupamento da funcionalidade dos idosos acamados de acordo com o grau de incapacidade para a realização das atividades básicas de vida diárias. Teresina, PI, 2018 (n=150)

Classificações	n	%
Incapacidade leve	6	4
Incapacidade severa	144	96

Dentre as atividades de vida diárias, a Tabela 08 aponta a capacidade para realizarem, independentemente, cada uma delas. Todos os pacientes eram dependentes para a atividade “transferência” (100%). Em seguida, a atividade “ir ao banheiro” destacou-se com o maior quantitativo de idosos dependentes de auxílio para sua execução (92,8%). Na sequência estão, as atividades “vestir-se” (83,7%), “continência” (78,8%), “banho” (72,6%) e “alimentação” (51,4%) como as de maior dependência.

Tabela 08- Capacidade dos idosos acamados para realizar as atividades básicas de vida diárias propostas pelo Index de Katz, na avaliação dos cuidadores. Teresina, PI, 2018

AVD's	Escala de Funcionalidade	
	Independente	Dependente
	n (%)	n (%)
Banho	57 (27,4)	151 (72,6)
Vestir	34 (16,3)	174 (83,7)
Banheiro	15 (7,2)	193 (92,8)
Transferência	0 (0)	208 (100)
Continência	44 (21,2)	164 (78,8)
Alimentação	101 (48,6)	107 (51,4)

4.2 Sobrecarga e fatores relacionados

4.2.1 Sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de idosos acamados

Os sete domínios de avaliação da sobrecarga estão descritos na Tabela 09. A média do escore total de sobrecarga dos cuidadores foi de 71,1 (DP 26,3). Destacou-se o domínio “Implicações na vida pessoa” com maior média (\bar{x} =29,1), seguido pelo o de “Sobrecarga emocional” (\bar{x} =9,5) e o de “Reações e exigências” (\bar{x} =9,5). A menor média foi obtida para o domínio “Suporte familiar” (\bar{x} =4,6).

Tabela 09- Descrição dos sete domínios do QASCI. Teresina, PI, 2018

Domínios QASCI	Média (DP)	Mediana	Intervalo Interquartil	Min-Max
Sobrecarga emocional	9,5 (4,62)	8,0	6,0	4-20
Implicações na vida Pessoal	29,1 (12,83)	28,0	21,7	11-55
Sobrecarga financeira	5,1 (3,12)	4,0	6,0	2-10
Rações e exigências	9,5 (4,69)	9,0	6,0	5-25
Mecanismo de eficácia e de controle	5,4 (2,75)	5,0	4,0	3-15
Suporte familiar	4,6 (3,05)	3,5	5,0	2-10
Satisfação com o papel e com o familiar	7,8 (3,51)	7,0	4,0	5-23
Escore total QASCI	71,1 (26,27)	67,0	42,0	32-157

Legenda: QASCI: Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, DP= Desvio padrão, Min- Max= Mínima e máxima

A Tabela 10 demonstra a existência de uma correlação estatisticamente significativa e positiva de cada domínio com o escore total do QASCI.

No que diz respeito à força dessas correlações, os resultados mostram uma correlação muito alta com o domínio “implicações na vida pessoal” ($\rho=0,95$); uma correlação forte com os domínios “sobrecarga emocional” ($\rho=0,82$) e “reações e exigências” ($\rho=0,70$); e moderada com a “sobrecarga financeira” ($\rho=0,63$), “satisfação com o papel e com o familiar” ($\rho=0,55$), “mecanismos de eficácia e controle” ($\rho=0,53$) e “suporte familiar” ($\rho=0,39$) (Tabela 10).

Tabela 10- Correlação entre os sete domínios e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018

Domínios QASCI	Escore total QASCI	
	ρ de Spearman	valor-p
Sobrecarga emocional	+0,82	<0,001
Implicações na vida Pessoal	+0,95	<0,001
Sobrecarga financeira	+0,63	<0,001
Rações e exigências	+0,70	<0,001
Mecanismo de eficácia e de controle	+0,53	<0,001
Suporte familiar	+0,39	<0,001
Satisfação com o papel e com o familiar	+0,55	<0,001

Legenda: QASCI: Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. O valor-p foi obtido pelo Teste de correlação de postos de *Spearman*.

4.2.2 Relação entre a sobrecarga e os aspectos sociodemográficos e clínicos dos cuidadores informais

Para investigar as possíveis diferenças na sobrecarga, segundo as características sociodemográficas dos cuidadores informais, foram realizadas comparações dos domínios e do escore total do QASCI entre os grupos, conforme Tabela 11.

Para a variável estado civil, ao comparar os dois grupos (com e sem união estável), verificou-se diferenças estatisticamente significantes no escore total de sobrecarga ($p=0,046$), como também nos domínios: sobrecarga emocional ($p=0,037$) e satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,044$). A partir da análise descritiva é possível apreender que aqueles que mantêm união estável estão mais sobrecarregados (Tabela 11).

Ao considerar a variável grau de parentesco com o idoso observou-se diferenças estatisticamente significantes no escore total de sobrecarga ($p<0,001$) e nas suas dimensões sobrecarga emocional ($p=0,014$), implicações na vida pessoal ($p<0,001$), reações e exigências ($p=0,002$) e satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,011$) (Tabela 11).

A idade do cuidador apresenta-se positiva e significativamente correlacionada com os domínios mecanismo de eficácia e controle ($\rho=0,139$) e satisfação com o papel e com o familiar ($\rho=0,182$). No entanto, a força das correlações é fraca (Tabela 12).

Tabela 11- Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis sociodemográficas categóricas dos cuidadores, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o idoso, reside com o idoso e ocupação. Teresina, PI, 2018

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)
Sexo								
Masculino	8,2 ±5,23	25,0 ±13,32	4,2 ±2,98	9,0 ±3,84	4,5 ±2,03	4,6 ±3,20	7,05 ±2,55	62,7 ±27,48
Feminino	9,6 ±4,56 (0,097)	29,5 ±12,76 (0,135)	5,2 ±3,12 (0,157)	9,5 ±4,77 (0,982)	5,5 ±2,79 (0,241)	4,6 ±3,04 (0,893)	7,8 ±3,59 (0,534)	71,8 ±26,09 (0,112)
Escolaridade								
Não alfabetizado	9,3 ±4,17	23,7 ±11,6	4,7 ±3,30	8,8 ±3,85	5,4 ±3,28	5,0 ±3,16	8,1 ±2,90	65,0 ±24,55
Sabe ler/ escrever informalmente	10,2 ±4,86	33,2 ±12,43	5,7 ±3,45	8,0 ±2,39	4,7 ±2,25	3,9 ±2,64	8,4 ±4,81	74,2 ±22,93
Alfabetizado	9,46 ±4,66 (0,865)	29,3 ±12,88 (0,211)	5,1 ±3,10 (0,703)	9,6 ±4,81 (0,804)	5,5 ±2,73 (0,762)	4,6 ±3,06 (0,720)	7,7 ±3,50 (0,703)	71,3 ±26,57 (0,655)
Estado Civil								
Solteiro/ Não mantém união estável	8,9 ±4,47	27,7 ±12,32	4,9 ±3,02	9,1 ±4,33	5,1 ±2,35	4,5 ±2,94	7,2 ±2,89	67,4 ±23,88
Casado/ união estável	10,2 ±4,73 (0,037)	30,9 ±13,29 (0,081)	5,38 ±3,24 (0,407)	10,0 ±5,08 (0,232)	5,9 ±3,12 (0,079)	4,8 ±3,19 (0,501)	8,4 ±4,07 (0,044)	75,6 ±28,42 (0,046)
Grau de parentesco com o idoso								
Cônjuge	11,5 ±4,73	34,0 ±12,85	6,3 ±3,49	10,8 ±5,13	6,8 ±3,83	4,8 ±3,37	9,4 ±4,33	83,7 ±28,29
Filho(a)	9,4 ±4,44	29,9 ±11,78	5,4 ±3,15	9,5 ±4,41	5,4 ±2,62	5,0 ±3,07	7,5 ±3,33	72,1 ±24,67
Irmão (a)	11,1 ±5,17	34,6 ±15,55	4,5 ±2,74	11,9 ±5,29	5,4 ±2,41	4,7 ±3,25	9,4 ±4,29	81,7 ±28,42
Neto (a)	8,4 ±4,87	20,6 ±11,04	4,5 ±3,06	7,4 ±2,93	4,3 ±1,54	4,3 ±3,12	6,1 ±2,23	55,5 ±22,70
Genro (Nora)	8,5 ±5,62	25,5 ±14,52	4,0 ±2,98	9,8 ±7,61	6,2 ±2,89	3,1 ±1,66	7,5 ±3,03	64,6 ±29,59
Outro	7,2 ±3,03 (0,014)	20,9 ±9,99 (<0,001)	3,7 ±2,10 (0,081)	6,9 ±2,31 (0,002)	4,5 ±1,94 (0,108)	3,2 ±2,29 (0,109)	6,5 ±2,11 (0,011)	52,8 ±15,64 (<0,001)
<i>Continua...</i>								

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)
Reside com o idoso								
Sim	9,6 ±4,72	29,7 ±12,78	5,3 ±3,16	9,6 ±4,6	5,5 ±2,76	4,7 ±3,06	7,7 ±3,45	72,1 ±25,88
Não	9,0 ±4,07 (0,670)	25,9 ±12,87 (0,117)	4,4 ±2,81 (0,150)	8,9 ±5,18 (0,212)	4,9 ±2,66 (0,190)	4,2 ±2,94 (0,310)	7,7 ±3,88 (0,711)	65,0 ±28,05 (0,090)
Ocupação								
Do lar	9,6 ±4,78	29,4 ±13,38	5,7 ±3,19	9,9 ±4,99	5,2 ±2,64	4,1 ±2,77	8,1 ±3,64	72,2 ±27,74
Aposentado	9,5 ±4,44	30,4 ±12,25	4,8 ±2,99	9,1 ±4,58	5,8 ±2,68	4,8 ±3,09	7,7 ±3,42	72,3 ±24,11
Emprego formal	9,3 ±4,02	27,0 ±12,58	4,4 ±3,01	8,6 ±3,90	5,1 ±2,01	5,4 ±3,34	7,4 ±2,89	67,3 ±23,91
Emprego informal	9,2 ±4,62	29,1 ±13,03	4,5 ±2,71	9,5 ±4,35	5,3 ±2,69	4,2 ±2,46	7,5 ±2,66	69,2 ±24,06
Outro	9,6 ±5,26 (0,995)	28,7 ±13,02 (0,861)	5,5 ±3,46 (0,268)	9,8 ±5,23 (0,798)	5,8 ±3,6 (0,638)	5,1 ±3,64 (0,445)	7,7 ±4,56 (0,774)	72,2 ±30,76 (0,946)

Conclusão.

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, F=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar, D.P= Desvio padrão. O valor -p foi obtido pelos testes não-paramétricos de *Mann Whitney* e *Kruskal Wallis*. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Tabela 12- Correlação entre as variáveis sociodemográficas numéricas do cuidador e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018

	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
Idade Cuidador (em anos)	0,106	0,124	-0,019	-0,017	0,139*	0,000	0,182*	0,113
Renda cuidador	0,008	0,045	-0,114	-0,020	0,028	0,066	0,019	0,014
Anos de estudo	0,030	-0,122	-0,043	-0,127	-0,042	0,065	-0,008	-0,081

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar. O valor -p foi obtido pelo Teste correlação de postos de *Spearman*. *= $p < 0,05$.

A diferença da sobrecarga dentre as características clínicas do cuidador informal está descrita na Tabela 13. Em relação à comparação da sobrecarga reportada pelos participantes com ou sem doenças, constataram-se diferenças estatisticamente significantes entre os valores obtidos nos domínios sobrecarga emocional ($p=0,025$), implicações na vida pessoal ($p<0,001$), sobrecarga financeira ($p=0,012$), satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,006$) e no escore total de sobrecarga ($p<0,001$). Em todos os domínios, a maior média de sobrecarga é do grupo que referiu apresentar doenças.

Compararam-se os valores dos domínios do QASCI, segundo a presença ou não de dores, em todos os sete domínios e no escore total, o grupo que sente dores no corpo apresentam as maiores médias, indicando maior sobrecarga. No entanto, essa diferença é estatisticamente significativa para os domínios sobrecarga emocional ($p<0,001$), implicações na vida pessoal ($p<0,001$), sobrecarga financeira ($p<0,001$), reações e exigências ($p<0,001$), satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,005$) e no escore total de sobrecarga ($p<0,001$) (Tabela 13).

Para aqueles que sentem dores, observou-se também, a diferença da sobrecarga entre os cuidadores em que as dores surgiram antes ou após os idosos ficarem na condição de acamados. A diferença é estatisticamente significativa nos domínios sobrecarga emocional ($p=0,002$), implicações na vida pessoal ($p=0,019$), sobrecarga financeira ($p=0,037$), mecanismo de eficácia e controle ($p=0,042$) e no escore total de sobrecarga ($p=0,009$). A análise descritiva mostrou que maior é a média de sobrecarga dos participantes em que as dores surgiram após os idosos ficarem acamados (Tabela 13).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significantes nas variáveis “a dor permanece após a realização dos cuidados” e “sentiu modificações no seu corpo e na sua saúde após o papel de cuidador” para todos os domínios que compõe o QASCI. Maior é a média observada naqueles em que a dor permanece após a realização dos cuidados e para os que sentiram modificações no seu corpo e na sua saúde com a atribuição do papel de cuidador (Tabela 13).

A sobrecarga relacionada à percepção subjetiva de saúde apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos domínios sobrecarga emocional ($p<0,001$), implicações na vida pessoal ($p<0,001$), sobrecarga financeira ($p<0,001$), reações e exigências ($p=0,004$) e no escore total do QASCI ($p<0,001$). Aqueles que consideram sua saúde ruim têm os maiores valores em todos os domínios, o que implica dizer que maior é a sobrecarga para esse grupo (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis clínicas categóricas dos cuidadores. Teresina, PI, 2018

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)
Doenças referidas								
Sim	10,0 ±4,80	31,7 ±12,7	6,6 ±3,2	9,6 ±4,69	5,6 ±2,87	4,6 ±3,05	8,2 ±3,71	75,3 ±26,1
Não	8,4 ±4,08 (0,025)	24,1 ±11,7 (<0,001)	4,4 ±2,85 (0,012)	9,2 ±4,72 (0,413)	5,0 ±2,46 (0,194)	4,6 ±3,0 (0,663)	6,9 ±2,92 (0,006)	62,6 ±24,67 (<0,001)
O cuidador sente dores no corpo								
Sim	10,2 ±4,70	31,1 ±12,59	5,5 ±3,17	10,1 ±4,97	5,6 ±2,81	4,8 ±3,08	8,0 ±3,49	75,4 ±25,92
Não	6,9 ±3,27 (<0,001)	22,2 ±11,29 (<0,001)	3,7 ±2,46 (<0,001)	7,1 ±2,32 (<0,001)	4,8 ±2,42 (0,069)	4,1 ±2,87 (0,120)	6,8 ±3,45 (0,005)	55,6 ±21,39 (<0,001)
As dores surgiram após o idoso ficar acamado								
Sim	11,2 ±4,74	33,1 ±11,80	6,0 ±3,24	10,4 ±5,07	6,0 ±3,05	5,0 ±3,18	8,2 ±3,72	80,1 ±25,93
Não	8,9 ±4,36 (0,002)	28,5 ±13,16 (0,019)	4,9 ±2,99 (0,037)	9,8 ±4,86 (0,394)	5,1 ±2,39 (0,042)	4,4 ±2,93 (0,321)	7,8 ±3,19 (0,790)	69,5 ±25,93 (0,009)
A dor permanece após a realização dos cuidados								
Sim	11,1 ±4,73	33,5 ±12,01	6,1 ±3,28	10,7 ±5,16	6,0 ±3,01	5,1 ±3,15	8,5 ±3,66	80,9 ±25,33
Não	8,3 ±4,05 (0,001)	25,6 ±12,22 (<0,001)	4,4 ±2,56 (0,003)	9,0 ±4,36 (0,039)	4,7 ±2,09 (0,010)	3,9 ±2,78 (0,029)	7,0 ±2,86 (0,008)	63,0 ±22,93 (<0,001)
Sentiu modificações no corpo e na saúde após o papel de cuidador								
Sim	11,1 ±4,58	33,8 ±12,05	6,1 ±3,22	10,2 ±4,69	5,9 ±2,94	5,0 ±3,11	8,4 ±3,86	80,6 ±25,28
Não	7,1 ±3,54 (<0,001)	22,1 ±10,58 (<0,001)	3,7 ±2,31 (<0,001)	8,5 ±4,53 (0,001)	4,7 ±2,26 (0,002)	4,0 ±2,87 (0,026)	6,9 ±2,68 (0,004)	56,9 ±20,91 (<0,001)
<i>Continua...</i>								

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)
Como considera sua saúde								
Boa	7,9 ±3,99	24,1 ±11,92	4,0 ±2,56	8,3 ±3,93	4,9 ±2,01	4,3 ±3,05	7,1 ±2,79	60,7 ±22,45
Regular	10,0 ±4,53	30,4 ±12,15	5,4 ±3,15	9,8 ±4,74	5,4 ±2,71	4,6 ±2,92	7,8 ±3,42	73,5 ±24,79
Ruim	12,3 ±5,54 (<0,001)	41,0 ±10,54 (<0,001)	7,9 ±2,86 (<0,001)	12,1 ±5,78 (0,004)	7,5 ±4,22 (0,055)	6,0 ±3,48 (0,107)	9,8 ±5,34 (0,052)	96,8 ±27,89 (<0,001)

Conclusão.

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar, D.P= Desvio padrão. O valor -p foi obtido pelo pelos testes não-paramétricos de *Mann Whitney* e *Kruskal Wallis*. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

4.2.3 Relação entre a sobrecarga e as características do cuidado para com o idoso acamado

A correlação das variáveis relacionadas ao cuidado e a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores é apresentada na Tabela 14.

Observou-se uma correlação positiva entre a quantidade de horas na semana com os domínios sobrecarga emocional ($\rho=0,172$), implicações na vida pessoal ($\rho=0,227$), sobrecarga financeira ($\rho=0,161$), reações e exigências ($\rho=0,156$) e o escore total do QASCI ($\rho=0,222$). Como também, identificou-se uma correlação positiva entre a quantidade de horas no final de semana com os domínios sobrecarga emocional ($\rho=0,176$), implicações na vida pessoal ($\rho=0,232$), sobrecarga financeira ($\rho=0,164$), reações e exigências ($\rho=0,137$) e o escore total do QASCI ($\rho=0,215$) (Tabela 14).

Para ambas as variáveis a força da correlação é muito fraca nos domínios sobrecarga emocional, sobrecarga financeira e reações e exigências e fraca para o domínio implicações na vida pessoal e para o escore total do QASCI (Tabela 14).

Tabela 14- Correlação entre as variáveis relacionadas ao cuidado e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018

	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
Tempo que é cuidador	0,058	0,099	-0,019	0,071	0,046	0,025	0,061	0,089
Quantos dias ficam como cuidador na semana de 2º a 6º	-0,041	-0,014	0,006	0,070	-0,061	0,050	0,056	0,001
Quantos dias ficam como cuidador no final de semana	0,002	0,098	0,063	0,046	0,036	0,056	0,011	0,082
Quantos horas ficam por dia como cuidador na semana de 2º a 6º	0,172*	0,227*	0,161*	0,156*	0,097	0,034	0,056	0,222*
Quantos horas fica por dia como cuidador nos finais de semana	0,176*	0,232*	0,164*	0,137*	0,062	0,047	0,023	0,215*

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF =Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar. O valor-p foi obtido pelo Teste de correlação de postos de *Spearman*. * $p < 0,05$.

Ao avaliar a diferença das médias do QASCI dentre a presença de auxílio no desempenho das atividades de cuidado, presentes na Tabela 15, não foi observada significância estatística para nenhuma das variáveis.

Tabela 15- Comparação do QASCI dentre a presença de auxílio no desempenho das atividades de cuidado. Teresina, PI, 2018

Atividades auxiliadas	Escore do QASCI no auxílio dos cuidadores			valor-p
	Não	Às vezes	Sempre/ quase sempre	
	Média ±DP	Média ±DP	Média ±DP	
Higiene corporal	64,4 ±22,7	73,0 ±29,0	71,8 ±28,1	0,910
Higiene oral	68,8 ±23,6	77,8 ±25,1	80,3 ±37,1	0,925
Eliminação	68,3 ±23,4	74,9 ±28,9	72,0 ±29,3	0,641
Cuidado com a pele	70,8 ±24,3	70,9 ±23,3	70,4 ±33,1	0,543
Alimentação	72,9 ±25,9	70,3 ±24,9	70,9 ±29,1	0,865
Medicação	71,3 ±25,3	70,6 ±24,2	71,6 ±31,0	0,748
Sono e repouso	72,0 ±25,0	69,4 ±27,7	67,1 ±31,5	0,495
Atividade física	69,2 ±25,5	72,4 ±29,1	76,6 ±47,2	0,934
Lazer	69,6 ±25,2	45,5 ±6,4	79,3 ±32,7	0,320
Serviço de fisioterapia	68,8 ±25,0	79,7 ±27,6	76,1 ±31,5	0,633
Retorno as consultas	67,2 ±23,1	83,5 ±29,9	71,5 ±26,0	0,114

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, D.P= Desvio padrão. O valor -p foi obtido pelo teste não-paramétricos de *Kruskal Wallis*. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

4.2.4 Relação entre a sobrecarga dos cuidadores informais e os aspectos sociodemográficos, clínicos e funcionais do idoso acamado

Na Tabela 16 foi realizada a comparação da média do escore total do QASCI e dos domínios que o compõe com as variáveis sociodemográficas dos idosos. Verificou-se que há uma diferença estatisticamente significativa quando comparado o sexo nas dimensões implicações na vida pessoal ($p=0,049$), reações e exigências ($p=0,002$), e escore total ($p=0,037$). Os valores das médias indicam que maior é a sobrecarga dos que cuidam de idosos do sexo masculino.

No que diz respeito a variável “possui um único cuidador”, existe diferença estatisticamente significante entre ter um ou mais cuidadores nos domínios sobrecarga

emocional ($p=0,003$), implicações na vida pessoal ($p=0,004$), sobrecarga financeira ($p=0,002$) e no escore total ($p=0,003$). Aqueles que são os únicos cuidadores têm os maiores valores em todos os domínios, o que implica dizer que maior é a sobrecarga para esse grupo (Tabela 16).

A idade do idoso apresenta-se negativa e significativamente correlacionada com os domínios sobrecarga emocional ($\rho=-0,195$), implicações na vida pessoal ($\rho=-0,147$), reações e exigências ($\rho=-0,244$) e com o escore total do QASCI ($\rho=-0,198$). No que diz respeito à força das correlações, é muito fraca nos domínios sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal e no escore total e fraca no domínio reações e exigências (Tabela 17).

Tabela 16- Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis sociodemográficas categóricas dos idosos acamados. Teresina, PI, 2018

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)
Sexo								
Masculino	10,2 ±4,48	31,7 ±12,96	5,6 ±3,20	10,8 ±4,88	5,6 ±3,12	4,4 ±2,99	8,4 ±3,91	76,6 ±27,01
Feminino	9,2 ±4,67 (0,084)	27,9 ±12,65 (0,049)	4,9 ±3,07 (0,186)	8,9 ±4,48 (0,002)	5,4 ±2,56 (0,969)	4,7 ±3,07 (0,500)	7,5 ±3,28 (0,124)	68,5 ±25,60 (0,037)
Escolaridade								
Não alfabetizado	9,5 ±4,89	28,4 ±12,81	5,3 ±3,12	9,5 ±4,49	5,5 ±2,68	4,8 ±2,84	7,3 ±3,03	70,2 ±25,44
Sabe ler/ escrever informalmente	9,7 ±4,44	30,3 ±12,00	4,9 ±2,83	10,1 ±5,49	5,3 ±2,85	5,0 ±3,29	8,4 ±4,25	73,7 ±25,83
Alfabetizado	9,4 ±4,49 (0,868)	29,2 ±13,39 (0,691)	5,1 ±3,29 (0,807)	9,2 ±4,42 (0,799)	5,5 ±2,78 (0,887)	4,2 ±3,10 (0,156)	7,8 ±3,49 (0,445)	70,4 ±27,53 (0,665)
Com quem reside								
Sozinho	10,0 ±5,66	36,0 ±9,9	9,0 ±1,41	10,0 ±1,41	5,0 ±2,83	5,0 ±1,41	7,0 ±2,83	82,0 ±16,97
Somente com cônjuge	7,3 ±4,13	24,3 ±13,47	5,0 ±3,52	8,3 ±4,84	4,0 ±1,09	5,0 ±3,95	7,3 ±4,08	61,3 ±28,14
Somente com filhos	9,0 ±4,14	28,1 ±11,58	5,4 ±3,16	8,6 ±4,28	5,4 ±2,72	4,9 ±3,02	7,1 ±3,81	68,5 ±24,99
Cônjuge e filhos	10,7 ±4,66	30,9 ±13,23	5,6 ±3,38	10,8 ±5,15	6,1 ±3,53	4,5 ±3,04	8,7 ±3,92	77,5 ±28,95
Com filhos e netos	9,4 ±4,75	28,9 ±12,61	5,1 ±3,15	9,7 ±4,78	5,3 ±2,75	4,9 ±3,16	7,8 ±3,40	71,2 ±26,43
Com outros familiares	9,6 ±4,93	30,4 ±14,28	4,6 ±2,89	9,5 ±4,67	5,5 ±2,40	4,3 ±3,06	7,8 ±3,40	71,7 ±26,08
Com não familiares	7,7 ±3,04 (0,483)	22,4 ±8,70 (0,553)	4,8 ±2,63 (0,543)	6,1 ±1,17 (0,071)	4,5 ±1,67 (0,823)	2,8 ±0,97 (0,684)	6,0 ±1,22 (0,314)	54,3 ±12,88 (0,326)
Possui um único cuidador								
Sim	10,5 ±4,79	32,0 ±13,12	5,9 ±3,18	9,9 ±4,77	5,4 ±2,71	4,9 ±3,13	8,2 ±3,72	76,9 ±26,35
Não	8,6 ±4,3 (0,003)	26,8 ±12,15 (0,004)	4,5 ±2,94 (0,002)	9,1 ±4,61 (0,173)	5,5 ±2,78 (0,754)	4,4 ±2,97 (0,192)	7,4 ±3,29 (0,072)	66,3 ±25,33 (0,003)

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar, D.P= Desvio padrão. O valor -p foi obtido pelos testes não-paramétricos de *Mann Whitney* e *Kruskal Wallis*. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

Tabela 17- Correlação entre as variáveis sociodemográficas numéricas dos idosos acamados e o escore total do QASCI. Teresina, PI, 2018

	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
Idade	-0,195*	-0,147*	-0,135	-0,244*	-0,079	-0,038	-0,110	-0,198*
Número de pessoas que residem com o idoso	-0,067	-0,076	-0,055	0,008	-0,047	-0,106	-0,021	-0,069

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar. O valor-p foi obtido pelo Teste de correlação de postos de *Spearman*. * $p < 0,05$.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 18, existe diferença significativa da sobrecarga dos cuidadores dentre as características clínicas do idoso acamado. Em relação ao uso de dispositivos, constataram-se diferenças estatisticamente significantes no uso de sonda enteral ou gastrostomia para os domínios reações e exigências ($p=0,042$) e mecanismo de eficácia e controle ($p=0,013$).

Para o uso de oxigenação, observou-se diferença estatisticamente significativa para a satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,011$). Quanto ao uso de sonda vesical de demora existe significância nos domínios sobrecarga emocional ($p=0,027$) e sobrecarga financeira ($p=0,031$) entre os grupos que assistem a idosos que usam e idosos que não usam sondagens vesicais (Tabela 18).

No que diz respeito às dificuldades encontradas pelos idosos, à comparação da sobrecarga para a variável dificuldade de falar, constatou-se diferença estatisticamente significativa entre os valores obtidos nos domínios mecanismo de eficácia e controle ($p=0,007$), satisfação com o papel e com o familiar ($p=0,012$) e no escore total de sobrecarga ($p=0,050$). Para a variável dificuldade de mastigar no domínio sobrecarga financeira ($p=0,033$) e na variável dificuldade de engolir, as diferenças foram significantes nos domínios sobrecarga emocional ($p=0,002$), implicações na vida pessoal ($p=0,042$) e no escore total de sobrecarga ($p=0,030$) (Tabela 18).

Tabela 18- Distribuição do escore total de sobrecarga dentre às variáveis clínicas dos idosos acamados. Teresina, PI, 2018

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total QASCI
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)
Apresenta alguma doença								
Sim	9,5 ±4,64	29,1 ±12,85	5,1 ±3,11	9,5 ±4,70	5,4 ±2,74	4,6 ±3,05	7,79 ±3,52	71,1 ±26,31
Não	9,0 ±4,24 (0,986)	30,0 ±15,56 (0,859)	6,0 ±5,66 (0,811)	10,0 ±4,24 (0,628)	6,0 ±4,24 (0,845)	5,0 ±4,24 (0,965)	7,79 ±3,52 (0,159)	71,0 ±29,69 (0,976)
Quantidade de medicamentos ao dia								
Até 4	9,6 ±4,69	29,6 ±12,92	5,4 ±3,22	9,6 ±4,59	5,3 ±2,69	4,8 ±3,17	7,8 ±3,55	72,2 ±26,56
Mais de 4	9,3 ±4,53 (0,729)	28,2 ±12,73 (0,481)	4,6 ±2,87 (0,087)	9,3 ±4,88 (0,356)	5,6 ±2,85 (0,357)	4,3 ±2,79 (0,450)	7,6 ±3,47 (0,521)	68,9 ±25,79 (0,381)
Uso de curativos								
Sim	10,0 ±4,28	31,4 ±13,70	5,6 ±3,37	8,6 ±3,92	5,1 ±2,19	4,1 ±2,57	7,9 ±3,28	72,6 ±23,81
Não	9,4 ±4,68 (0,372)	28,8 ±12,69 (0,331)	5,1 ±3,08 (0,475)	9,6 ±4,79 (0,285)	5,5 ±2,82 (0,583)	4,7 ±3,11 (0,404)	7,7 ±3,55 (0,646)	70,8 ±26,68 (0,574)
Dieta Enteral								
Sim	10,2 ±4,81	31,5 ±13,65	4,8 ±2,62	8,0 ±4,12	6,4 ±2,39	4,3 ±2,84	8,5 ±3,93	73,9 ±24,41
Não	9,4 ±4,60 (0,389)	28,8 ±12,73 (0,357)	5,2 ±3,18 (0,734)	9,7 ±4,73 (0,042)	5,3 ±2,77 (0,013)	4,6 ±3,08 (0,618)	7,7 ±3,45 (0,278)	70,7 ±26,54 (0,412)
Faz uso de oxigenação								
Sim	10,9 ±4,56	34,3 ±12,08	5,3 ±3,26	10,6 ±5,82	6,2 ±2,63	6,2 ±2,72	9,5 ±2,88	83,1 ±23,86
Não	9,4 ±4,63 (0,210)	28,8 ±12,84 (0,133)	5,1 ±3,12 (0,824)	9,4 ±4,62 (0,491)	5,4 ±2,75 (0,159)	4,5 ±3,05 (0,078)	7,6 ±3,52 (0,011)	70,3 ±26,28 (0,063)
Traqueostomia								
Sim	8,7 ±2,31	33,3 ±9,61	6,0 ±4,0	9,7 ±6,43	5,7 ±1,15	6,7 ±4,16	6,3 ±2,31	76,3 ±25,58
Não	9,5 ±4,65 (0,915)	29,1 ±12,88 (0,460)	5,1 ±3,11 (0,648)	9,5 ±4,68 (0,868)	5,4 ±2,76 (0,498)	4,6 ±3,03 (0,348)	7,8 ±3,52 (0,466)	70,9 ±26,33 (0,588)

Continua...

Variáveis	SE	IVP	SF	RE	MEC	SFAMF	SPF	Escore total
	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	Média ±DP (valor-p)	QASCI Média ±DP (valor-p)
Sonda vesical de demora								
Sim	14,0 ±5,06	38,2 ±14,37	7,8 ±2,71	9,0 ±2,83	7,0 ±2,89	6,2 ±3,37	7,8 ±6,01	90,0 ±27,21
Não	9,3 ±4,56 (0,027)	28,9 ±12,73 (0,084)	5,1 ±3,09 (0,031)	9,5 ±4,74 (0,818)	5,4 ±2,73 (0,130)	4,6 ±3,03 (0,159)	7,8 ±3,43 (0,392)	70,5 ±26,09 (0,081)
Sonda vesical de alívio								
Sim	11,5 ±3,53	40,0 ±12,73	8,0 ±2,83	9,5 ±4,71	5,5 ±2,75	3,0 ±1,41	8,0 ±1,41	84,5 ±16,26
Não	9,5 ±4,64 (0,386)	29,0 ±12,82 (0,245)	5,1 ±3,11 (0,180)	9,5 ±4,71 (0,286)	5,5 ±2,75 (0,110)	4,6 ±3,05 (0,584)	7,8 ±3,53 (0,550)	70,9 ±26,34 (0,373)
Dificuldade de ouvir								
Sim	9,4 ±5,13	27,4 ±12,89	5,3 ±3,21	9,2 ±4,66	5,1 ±2,63	4,3 ±3,0	7,7 ±3,36	68,4 ±26,87
Não	9,5 ±4,36 (0,508)	30,0 ±12,76 (0,151)	5,0 ±3,07 (0,570)	9,6 ±4,72 (0,443)	5,6 ±2,79 (0,119)	4,8 ±3,07 (0,193)	7,8 ±3,59 (0,929)	72,4 ±25,94 (0,234)
Dificuldade de falar								
Sim	9,9 ±4,66	30,4 ±12,69	5,3 ±3,12	9,6 ±4,62	5,9 ±2,74	4,7 ±2,95	8,4 ±3,66	74,4 ±25,51
Não	9,0 ±4,57 (0,130)	27,9 ±12,89 (0,169)	4,9 ±3,12 (0,422)	9,4 ±4,77 (0,508)	5,0 ±2,69 (0,007)	4,5 ±3,13 (0,362)	7,2 ±3,30 (0,012)	68,1 ±26,68 (0,050)
Dificuldade de mastigar								
Sim	10,2 ±4,74	31,1 ±13,19	5,1 ±3,19	9,5 ±4,49	5,7 ±2,56	4,5 ±2,93	8,1 ±3,45	74,3 ±25,81
Não	8,9 ±4,46 (0,033)	27,5 ±12,37 (0,054)	5,1 ±3,07 (0,893)	9,5 ±4,86 (0,668)	5,3 ±2,88 (0,088)	4,7 ±3,15 (0,879)	7,5 ±3,55 (0,100)	68,4 ±26,44 (0,069)
Dificuldade de engolir								
Sim	10,6 ±4,67	31,3 ±12,97	5,2 ±3,08	9,4 ±4,27	5,8 ±2,72	4,6 ±2,94	8,1 ±3,58	75,1 ±25,16
Não	8,7 ±4,45 (0,002)	27,6 ±12,57 (0,042)	5,1 ±3,16 (0,753)	9,6 ±4,98 (0,779)	5,2 ±2,75 (0,053)	4,6 ±3,13 (0,814)	7,5 ±3,46 (0,217)	68,3 ±26,76 (0,030)

Conclusão.

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar, D.P= Desvio padrão. O valor -p foi obtido pelo teste não-paramétricos de *Mann Whitney*. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

A relação entre as médias dos domínios do QASCI e os níveis de incapacidade funcional dos idosos é apresentada na Tabela 19. A distribuição das médias dos domínios do QASCI é a mesma entre as categorias de incapacidades dos idosos. Desta forma se mantêm a hipótese nula.

Tabela 19- Comparação do QASCI e dos seus domínios dentre os graus de incapacidade do idoso. Teresina, PI, 2018

	Grau de incapacidade		valor-p
	Leve	Severa	
	Média ±DP	Média ±DP	
Escore total QASCI	59,2 ±32,2	72,9 ±26,6	0,128
SE	7,8 ±3,8	9,8 ±4,7	0,337
IVP	21,3 ±15,9	30,4 ±13,0	0,067
SF	3,5 ±2,0	5,3 ±3,1	0,220
RE	9,7 ±6,9	9,3 ±4,4	0,697
MEC	3,5 ±0,8	5,5 ±2,7	0,055
SFAMF	6,0 ±3,8	4,6 ±3,1	0,342
SPF	7,3 ±2,9	7,9 ±3,7	0,844

Legenda: QASCI= Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, SE=Sobrecarga Emocional, IVP=Implicações na vida pessoal, SF=Sobrecarga Financeira, RE=Reações e exigências, MEC=Mecanismos de eficácia e controle, SFAMF=Suporte familiar, SPF=Satisfação com o papel e com o familiar, D.P= Desvio padrão. O valor -p foi obtido pelo teste não-paramétricos de *Mann Whitney*. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos cuidadores informais e do cuidado desenvolvido

A sobrecarga do cuidador informal de idosos acamados no domicílio pode estar relacionada com os cuidados desenvolvidos, as características do idoso, assim como com as características próprias de quem desempenha essa atividade. Desta forma, foi importante conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dessa população, que será apresentada a seguir.

A média de idade dos participantes foi de 53 anos com predomínio de cuidadores na faixa etária de 40 a menos de 60 anos (40,4%), concordando com a vasta literatura nacional (YAMASHITA et al., 2013; LOUREIRO et al., 2013; GRATÃO et al., 2013), mas inferior ao identificado nas publicações internacionais (DUGGLEBY et al., 2016; OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015). Os estudos internacionais foram desenvolvidos no Canadá e Suécia, países desenvolvidos onde maior é a expectativa de vida, o que justifica os maiores valores das médias de idade dos cuidadores em comparação ao da presente investigação.

Vale ainda, ressaltar a percentagem (36,1%) daqueles com 60 anos ou mais, ou seja, o número elevado de idosos que cuidam de outros idosos. Isso se dá em razão do cônjuge ser o cuidador de primeira eleição e, na maioria dos casos, ele também é idoso. Esse achado aponta para uma preocupação quanto ao cuidado prestado em razão das limitações físicas e funcionais relacionadas à idade avançada do cuidador (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; PEREIRA et al., 2013).

Dentre os cuidadores 91,3% eram do sexo feminino, semelhante ao identificado em investigações nacionais (GRATÃO et al., 2013; YAMSHITA et al., 2013; COSTA et al., 2015) e internacionais (GANAPATLY et al., 2015; KUO et al., 2013; MARTINS et al., 2015). A mulher responde a uma expectativa culturalmente atribuída de que é responsável pelos cuidados dos membros idosos e dos doentes da sua família. Apesar dos direitos historicamente adquiridos, das mudanças sociais e na composição familiar, ainda se espera que a mulher assuma o papel de cuidadora (CALDAS, 2003; PEREIRA et al 2013).

No que diz respeito à escolaridade, 89,9% são alfabetizados. Apesar do valor maior de 96,8%, Pereira et al (2013), em pesquisa com 62 idosos com sequelas de AVC e seus respectivos cuidadores no estado de São Paulo, também identificaram uma maior proporção de cuidadores alfabetizados. A média de anos de estudo computada pela amostra entrevistada, nesta pesquisa, foi de 8,9 anos, e assemelha-se ao identificado em investigação realizada na

Colômbia com cuidadores informais de pessoas com lesão medular, onde a média educacional era de 8,4 anos (ARANGA-LASPRILLA, 2010).

Diferentes pesquisas realizadas no Brasil, com cuidadores de idosos na atenção básica, observaram que a maioria dos cuidadores informais apresentou menos de 12 anos de educação formal; destes, muitos não concluíram o ensino fundamental ou médio (COSTA et al., 2015; LOUREIRO et al., 2013; GRATÃO, 2013) . Estudos realizados nos estados do Ceará e em São Paulo identificaram, respectivamente, que 36,7% e 64,4% dos cuidadores eram alfabetizados e com baixos níveis de escolaridade (MOTA et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2013).

O nível de escolaridade pode interferir diretamente na assistência prestada ao idoso como na saúde do cuidador e torna-se um indicador importante que merece atenção, por estar intrinsecamente relacionada à dificuldade de compreensão do processo de adoecimento do idoso, da necessidade de seguir um regime terapêutico e entender a prescrição de medicamento, como da atenção à prevenção de doenças e outros agravos. A escolaridade interfere na capacidade de comunicação com a equipe de saúde e em como as atividades de educação e prática em saúde deverão ser conduzidas, de modo a estabelecer um elo entre os serviços e a família utilizando os recursos e a linguagem adequada (ARAÚJO et al 2013; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Acrescenta-se que o baixo nível de escolaridade pode gerar tensão emocional, ao interferir nos sentimentos dos cuidadores em relação ao cuidado do outro, uma vez que a atividade de cuidar está ligada a convivência, o afeto, o medo e empatia, indo além do conhecimento e informações repassadas a acerca da doença pelos profissionais em um serviço de saúde ou mesmo no domicílio (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Quanto a variável estado civil, 55,3% não mantinham união estável, o que diverge dos achados de outros estudos nacionais (YAMASHITA et al., 2013; LOUREIRO et al., 2013; COSTA et al., 2015). Este dado pode ser um alerta, já que o cuidador não conta com o auxílio do cônjuge no cuidado a ser dispensado junto ao idoso. A rede de apoio de grande parte dos cuidadores informais é constituída, sobretudo, pelos familiares. Aqueles que são solteiros, viúvos e divorciados, e dessa forma não mantém união estável, teriam uma deficiência desse suporte. Um apoio precário resulta em maior desgaste pessoal do cuidador (YAMASHITA et al., 2014).

A variável renda individual, expressa em reais, no presente estudo, obteve valor mediano de \$937,0 com a maioria dos cuidadores dispondo de até um salário mínimo. No ano de 2017 o salário mínimo correspondia a \$937,00 reais. Valor próximo foi relatado por

Yamashita et al., 2013, em investigação com cuidadores de idosos em atendimento domiciliar no estado de São Paulo, com renda per capita média das famílias correspondente a 0,75 salários mínimos.

Cuidar de um idoso com mobilidade prejudicada exige o uso dos recursos econômicos para aquisição de materiais, como cadeira de rodas, cadeira de banho, cama hospitalar, dentre outros, como a adequação na estrutura arquitetônica, com modificações da estrutura física do domicílio que dificultam o cuidar. A falta de recursos para esse fim é uma das principais dificuldades relatadas pelos cuidadores (FERNANDES; ANGELO, 2016).

Estudo desenvolvido com 42 famílias de idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer no estado do Rio de Janeiro verificou que os custos relacionados aos cuidados dos idosos requeriam cerca de dois terços da renda familiar, com projeção de aumento dentre as fases da doença, como na presença de outras comorbidades (VERAS et al., 2008). A baixa renda familiar do cuidador destaca-se entre as variáveis que interferem negativamente na qualidade do cuidado domiciliar (CARVALHO et al, 2015).

Sobre a família recaem múltiplos custos decorrentes do adoecimento em si e das inúmeras exigências de provisão do cuidado. Esses custos tem natureza variada, desde econômica, emocional, social, bem como aquela decorrente do desgaste do potencial de cuidado próprio e familiar. Eles se interatuam e intensificam o sofrimento familiar (BELLATO et al., 2016).

A ocupação realizada pelos cuidadores que integram a amostra da presente investigação tem predominância à “do lar” caracterizando as atividades domésticas. Estudo realizado no México com 123 cuidadores de idosos com enfermidades crônicas cujo objetivo era determinar a relação entre o cansaço, o cuidado e as repercussão a saúde do cuidador, identificou que a principal ocupação era a “do lar”. Como também que, no trabalhar e na realização pessoal, foram observadas repercussões para o cuidador, sendo elas: problemas para distribuir o seu tempo, crescer no trabalho, trabalhar menos tempo fora do lar, adaptar ou abandonar o trabalho fora do lar, alterar a vida familiar e redução na economia (RUIZ et al., 2014).

O trabalho é uma atividade social. Um dos maiores problemas enfrentados pelos cuidadores é a privação da vida social. Estudo conduzido em Portugal aponta que a não assiduidade e mesmo o absenteísmo levam ao aumento da morbidade dos cuidadores (SANTANA, 2015).

Em relação ao parentesco, o cuidado era realizado principalmente pelos filhos (56,3%), seguidos do cônjuge (13%) e dos amigos (10,1%), a maioria co-residentes com o

receptor dos cuidados. Córdoba e Aparicio (2014) ratificam em estudo realizado na Colômbia com 53 cuidadores informais e 62 formais de idosos com Alzheimer, que o grau de parentesco da maioria (60,4%) dos participantes era ser filho do receptor de cuidados. Destarte, os cuidados também são realizados por outros parentes, como irmãos, netos, noras, genros que o realizam de forma voluntária (DE VALLE-ALONSO et al., 2015).

Além de fatores de gênero e parentesco, existe uma forma velada de atribuição das tarefas de cuidar, pode depender de outros eventos, como por exemplo, uma experiência anterior vivenciada no papel de cuidador ou morar na mesma casa (CARVALHO et al., 2015).

Alguns autores afirmam que a co-residência pode significar melhora nas condições de vida tanto das gerações mais velhas como das mais jovens, sendo a interação entre as gerações um ponto positivo, o que pode se dá, já que o envolvimento familiar favorece a rede de apoio entre seus integrantes, confortando o sofrimento ou simplesmente estando presente (SANTOS; PAVARINI et al 2012; MONTEIRO et al., 2016). Outros trazem que os cuidadores apontam essa convivência como uma rotina desgastante, limitada a mesmice e sem criatividade (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

Cesário et al (2017) discute que a rotina propicia o aumento das chances dos cuidadores desenvolverem problemas de saúde físicos, sintomas psiquiátricos e comorbidades, em razão do detrimento do autocuidado familiar que muitas vezes torna-se inexistente. Em uma situação de dependência e presença de múltiplas enfermidades, a prioridade de cuidar do idoso dependente se desvela com prejuízo do autocuidado de quem assume a responsabilidade pelo cuidar. Estes deixam de se preocupar com sua saúde, sua vida social e lazer, colocando em ultimo lugar suas necessidades (DELALIBERA et al., 2015; ALBUQUERQUE et al., 2013).

No que se refere ao perfil de saúde, os participantes referiram viver com uma ou mais doenças (66,3%) e o consumo mediano de 4 medicamentos ao dia. Outros estudos sinalizaram o surgimento ou agravamento de uma condição crônica em razão do cuidado para com o idoso que levam os cuidadores a necessitarem de uma assistência a saúde e medicação contínua (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; FÓRNES et al., 2014)).

Dentre os problemas de saúde, destacam-se as doenças categorizadas no CID-10 como do aparelho circulatório e as enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo. Esse achado corrobora com o perfil identificado por estudos conduzidos no México e na Espanha, com percentual, respectivamente, de 19,5% e 43,7%, dos cuidadores com hipertensão arterial

sistêmica, uma das doenças mais comuns do aparelho circulatório (RUIZ et al., 2014; SARABIA-COBO, 2015).

O número de cuidadores com problemas musculares pode ser consequência do uso intenso da força física e o despreparo técnico para prestação dos cuidados, o que predispõe a sobrecarga de músculos e articulações (BOCCHI, 2004).

De acordo com Fonseca, Penas e Soares (2009), os cuidadores associam as repercussões físicas relacionadas ao cuidado às alterações na deambulação apresentadas pelos idosos, sendo a recuperação da mesma fundamental para a diminuição dos esforços e a melhora na condição de saúde do cuidador. Dentre os relatos de dor, a grande maioria dos cuidadores, apontou a coluna como o local que mais sofre as consequências do esforço físico, seguida pelos braços, o que vai ao encontro do relatado, também, pelos cuidadores da presente investigação, onde 66,7% queixaram-se de dor na coluna e que essas dores surgiram após o idoso ficar acamado e permanecem após a realização dos cuidados.

Pesquisa realizada em Fortaleza com cuidadores informais de idosos com alta dependência em razão das sequelas do AVC identificou que 70,5% dos entrevistados referiram sentir dores, dentre eles, 69,8% afirmaram que a dor iniciou após a instalação da dependência do paciente e 83,7% relataram que a dor permanecia após a realização das atividades. A localização da dor era predominantemente na coluna (30,2%) e coluna e pernas (20,9%) (MORAIS et al., 2012). Desta forma, a dor é consequência negativa na saúde do cuidador da dependência física do idoso acamado.

Cabe ainda discutir, apesar de se apresentar em menor proporção em comparação às demais categorias de doenças relatadas, que 16,7% dos cuidadores relataram possuir transtornos mentais e comportamentais. As implicações de ser cuidador para a saúde mental dos indivíduos é um dado que chama atenção e foi observado em diversos estudos internacionais, realizados em diferentes países.

Estudo longitudinal conduzido na Suécia por Olai, Borgquist e Svärdsudd (2015) identificou que os cuidadores tiveram maiores níveis de depressão e ansiedade que os idosos por eles assistidos. Mc Lennon et al (2014), em investigação realizada com cuidadores de sobreviventes ao AVC atendidos em um centro de reabilitação, acrescenta que os cuidadores com sintomas depressivos apresentaram maior dificuldade em desenvolver as tarefas que são de sua responsabilidade e pior adaptação às mudanças do que aqueles sem sintomas depressivos. Black et al (2013), investigaram nos Estados Unidos que 45% dos cuidadores de pessoas com demência tinham necessidades não atendidas no domínio saúde mental, a maioria necessita de suporte emocional ou cuidados de repouso.

No que diz respeito à percepção subjetiva de sua condição de saúde, a maioria sentiu modificações no seu corpo e na saúde após assumirem o papel de cuidador e consideraram sua saúde regular. Resultados semelhantes foram obtidos por Custódio et al. (2014), em que grande parcela dos cuidadores informais em países de média renda tem uma autopercepção de saúde prejudicada e no estudo de Black (2013), 22% avaliaram sua saúde como regular ou pobre.

A percepção da condição de saúde é resultado dos sentidos e significados organizados na subjetividade social, com desdobramentos no processo de subjetivação das pessoas a cerca do que é saúde e doença. A visibilidade de aspectos da subjetividade social é importante para que se supere a normalização das noções de saúde e doença, já que os indivíduos incorporam elementos culturais e sociais presentes nesses dois processos, e que tem impactos na sua qualidade de vida (MORI; REY, 2012).

Quanto às características do cuidado, os cuidadores tem assumido essa função a uma média de 6,4 anos, 17 horas na semana e no final de semana, prevalecendo uma jornada de mais de 8 horas de cuidado. A maioria dos cuidadores exerce sua função por tempo prolongado, esse achado é ratificado pela pesquisa internacional desenvolvida por De Valle-Alonso et al. (2015), em que 73% se dedicavam a tarefa de 1 a 6 anos, e ainda, 42% dos cuidadores se dedicam de 6 a 15 horas diárias, 31% de 16 a 24 horas e 27% menos de 5 horas. Como também por pesquisas nacionais, onde, Mota et al., (2014) identificaram que 53,4% exerciam a tarefa de cuidar de idosos altamente dependentes entre 10 e 15 anos.

O tempo dedicado ao papel de cuidador é variável que tem sido associada a repercussões negativas para o bem-estar dos que o executam. Pesquisa desenvolvido no Chile identificou que 75% dos cuidadores avaliados como sobrecarregados gastavam entre 13 e 16 horas por dia a cuidar do seu familiar. O estresse também foi associado ao tempo de cuidado de cerca de 13 a 24 horas (MEDRANO et al., 2014).

A literatura apresenta diferentes medidas do tempo dedicado ao cuidado do idoso no domicílio, isso pode ser resultado da dificuldade de mensurar essa variável. O início da prestação de cuidados, muitas vezes é difícil definir por que, quando o estado de dependência não é resultado de um agravo repentino, ele evolui naturalmente do suporte administrado anteriormente e prosseguiu após um diagnóstico formal (CUSTÓDIO et al., 2014).

Dentre as atividades questionadas, a presente pesquisa identificou que a higiene corporal e o retorno às consultas foram as que sempre ou quase sempre eram realizadas com auxílio. A higiene corporal, em razão do esforço físico intenso para mobilizar e realizar todas as etapas do banho no leito, ou cadeira, sem riscos e danos ao idoso, necessita do suporte de

uma ou mais pessoas. O retorno às consultas, também, pois muitas vezes as consultas são realizadas nos serviços ambulatoriais e clínicas e não no domicílio, isso requer o deslocamento do idoso até o serviço, desta forma o cuidador precisa de alguém que realize o transporte, seu e do idoso, ao local para realizar a consulta ou exames.

As atividades se orientam no sentido de atender as necessidades básicas do idoso acamado. As dificuldades para realizar as atividades de higiene, transferência, dentre outras, são julgadas como desgastantes para quem realiza o cuidado como para o idoso. A pessoa acamada sofre as consequências das limitações do cuidador, em algum momento, ao enfrentar a espera prolongada por auxílio de outro familiar (CARVALHO et al., 2015).

Ganapatly et al. (2015), ao avaliar a carga de cuidador de sobreviventes de AVC no Canadá, mostrou que um terço do tempo é destinado ao auxílio das tarefas ditas “de enfermagem”, com o cuidado pessoal, caminhada e transferência, dois terços passam mais tempo fornecendo apoio emocional, monitorando a reabilitação, conversando com profissionais da saúde, fornecendo transporte, nas tarefas adicionais em casa e fora de casa, no gerenciamento das finanças e despesas médicas.

A diminuição da capacidade de deambulação do idoso reduz a sua independência, como a capacidade de participação nas atividades funcionais necessárias à realização das atividades de autocuidado, instrumentais e laborais, trazendo outras consequências, como diminuição da força muscular, inatividade e fraqueza (MARQUES-VIEIRA et al., 2015).

5.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos acamados em domicílio

O aumento da expectativa de vida combinado com as quedas acentuadas nas taxas de fertilidade levam ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo. No Brasil, esse fenômeno tem acontecido de maneira rápida e acarretado mudanças no perfil etário da população, nos padrões de morbimortalidade, nas leis trabalhistas e previdenciárias. Estima-se que 90% dos idosos residem com suas famílias e mais de 27% das casas brasileiras têm pelo menos uma pessoa idosa (BRASIL, 2013).

Quanto à condição de saúde do idoso, estar acamado, é um indicador proeminente da qualidade de vida em comparação com a presença/ausência de doenças crônicas específicas e diminui significativamente a sobrevida dessa população. Estando relacionada a uma grande síndrome, chamada síndrome da fragilidade. Esta síndrome é considerada fator de risco para

queda, incapacidade, hospitalização e morte entre idosos (LIMA-COSTA, 2003, CLOSS et al, 2016).

Em estudo internacional realizado com pacientes acamados assistidos pelo serviço de atenção domiciliar de Albacete, Espanha, 96,3% dos participantes eram idosos, sendo 52,8% aqueles com 85 anos ou mais. O que corrobora com o observado na amostra estudada, na qual a média de idade dos idosos acamados é de 81,6 anos, sendo a faixa etária de 80 anos ou mais a mais prevalente. Efeito do aumento do número de pessoas idosas, com o grupo de pessoas com 80 anos ou mais como o que cresce mais rapidamente, a nível mundial (ALCARAZ et al, 2015; PUCHIA; JARA, 2015).

O que foi também encontrado em estudos nacionais, como o desenvolvido em Uberaba, Minas Gerais, cujo objetivo era de descrever o perfil socioepidemiológico de clientes com limitação de mobilidade e cuidadores acompanhados pelas equipes da estratégia saúde da família, onde a maioria das pessoas com imobilidade no domicílio tinha idade de 60 anos ou mais (VIANA et al, 2013).

Assim como, no estudo de Loureiro et al (2014) executado na Paraíba(PB) com os cuidadores e os idosos no intuito de avaliar a sobrecarga do cuidado de idosos dependentes, identificou-se que os maiores de 80 anos ou mais (51,9%) correspondiam a faixa etária que recebiam mais cuidados no domicílio.

Com o aumento da longevidade, uma das principais causas de restrição da atividade nos idosos é imputada ao aparelho musculo-esquelético, da qual resulta alterações da mobilidade, que comprometem seriamente a realização das atividades de vida diária e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (MARQUES-VIEIRA et al, 2015).

Dos idosos acamados identificados nesta investigação, 68,4% eram do sexo feminino. Essa disparidade entre os sexos, com predominância do feminino é corroborada nos estudos nacionais de Dantas (2015), Loureiro et al (2014) e Viana et al. (2013) em que 66,6%, 55,8%, e 53,5% respectivamente, são desse sexo e nos internacionais de Kuo et al. (2013), Olai; Borgquist; Svärdsudd. (2015), Black et al. (2013) e Miranda-Castillo; Woods; Orrel (2013), com 54,3%, 57%, 65%, 51,3%, respectivamente.

O predomínio do sexo feminino confirma a tendência já conhecida chamada de feminização da velhice. Dados do último censo do IBGE realizado em 2010 sinalizam o maior percentual de idosos do sexo feminino (55,7%) e que a expectativa de vida das mulheres ultrapassa a dos homens (IBGE, 2013). As mulheres se expõem menos a acidentes e violências que os homens, além de serem mais cuidadas na busca dos serviços de saúde e

nos cuidados em geral com a saúde. Estas são algumas justificativas para maior longevidade do sexo feminino (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

Pelo fato de viverem mais, não quer dizer que vivam melhor, concordando, estudo desenvolvido por Pinheiro et al (2013), cujo objetivo consistiu em identificar o desempenho motor, de acordo com o sexo e o grupo etário de 316 idosos residentes em comunidade do Nordeste Brasileiro, observou que as mulheres apresentaram maior declínio funcional que os homens com o avançar da idade e mais limitações, entre elas, na locomoção.

No tocante à escolaridade observou-se que 39,4% dos idosos eram analfabetos, seguidos de 38,9% alfabetizados e 21,6% que não haviam frequentado o ensino formal. Concernente à escolaridade, de acordo com a PNAD, a faixa etária de 60 anos ou mais de idade foi a que apresentou maior taxa de analfabetismo, com 24,4%. É relevante destacar que apesar da percentagem de idosos alfabetizados, no Brasil, os idosos apresentam baixa escolaridade, sendo a média de 4,2 anos de estudo (IBGE, 2013).

A busca na literatura nacional produzida com idosos dependentes que vivem na comunidade em diferentes regiões endossa a característica sociodemográfica de baixa escolaridade desses indivíduos (PEREIRA et al., 2013; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; GONÇALVES et al., 2013). Essa característica reflete a realidade pregressa de difícil acesso a educação de quem hoje, no Brasil, vive com 80 anos ou mais (POLARO et al., 2013).

A baixa escolaridade associada a outros fatores socioeconômicos e culturais podem contribuir para o adoecimento dos idosos, uma vez que dificulta o entendimento e conscientização dos cuidados com a saúde, adesão ao tratamento, manutenção de um estilo de vida saudável e prevenção de fatores de risco (PEREIRA et al, 2013).

Em relação à variável quantidade de pessoas que moram com o idoso, na investigação ora apresentada, a média foi de 4,5. Estando, 38,9% deles vivendo em um arranjo familiar trigeracional. A média está acima das estatísticas nacionais, na qual o número médio de pessoas por domicílio é de 3,1 moradores. No entanto, no nordeste, maior é a parcela de famílias que vivem juntas no mesmo domicílio, o que poderia justificar o quantitativo observado na presente investigação (IBGE, 2013).

Gratão et al (2013) desenvolveu um estudo epidemiológico na cidade de Ribeirão Preto com 574 idosos e seus cuidadores, na avaliação do arranjo domiciliar dos idosos que possuem cuidadores, verificou-se que viviam, em sua maioria, em domicílios multigeracionais, na qual coabitam cônjuge, filhos, genros e noras.

O prolongamento da convivência familiar entre pais e filhos é um comportamento observado a nível nacional. A decisão dos filhos morarem com os pais pode ser motivada por diversos fatores, não só de natureza emocional, mas também financeira (IBGE, 2013). Inclui-se nessa motivação o declínio funcional do idoso. Os idosos acamados geralmente trazem consigo a dependência, as deficiências, limitações da capacidade ou restrições no desempenho de atividades. Tem-se que quanto maior a dependência do idoso maior a necessidade de um cuidador, o que faz com que muitos filhos retornem a casa dos pais já idosos, ou que os pais se mudem para a casa dos filhos, a fim de que os filhos assumam o papel de cuidadores.

Segundo a Constituição Federal (1988), em seu artigo nº230, parágrafo primeiro, a assistência aos idosos é dever da família, da sociedade e do Estado. A família, na sequência, está em primeiro lugar, sendo a escolha número um para executar o papel de cuidador, enquanto os demais a assistem de maneira bem pontual. De certa forma, essa transferência do cuidado do idoso à família gera uma maior aproximação da família ao idoso dependente. Porém, é possível que o idoso viva em domicílios unipessoais, mesmo na presença de incapacidades, devido a preferências pessoais ou ausência familiar (BRITO; MENEZEZ; OLINDA, 2015)

Mais da metade dos idosos contavam com o suporte de mais de um cuidador informal, na pesquisa ora apresentada. Custódio (2014) identificou que 62% dos cuidadores principais contavam com o apoio de um segundo cuidador, no entanto a existência de um segundo cuidador não foi suficiente para diminuir o ônus das atividades desenvolvidas para com o dependente de cuidados.

Pesquisa desenvolvida por Moraes et al., (2012) trazem que 72,1% dos prestadores de cuidados contavam com um cuidador secundário, 36,1% com um cuidador eventual e 26,2% pagavam alguém para auxiliar no cuidado. Martins et al. (2015) identificou na cidade de Porto, Portugal que os cuidadores de pessoas dependentes, em sua maioria, contava com algum tipo de ajuda na prestação dos cuidados.

Outros autores, como, Pedreira e Oliveira (2012) discutem que o apoio recebido por um segundo cuidador, se dá de forma momentânea, configurando ações pontuais nos momentos de necessidade e emergência, não sendo, portanto uma divisão de tarefas na prestação de cuidados, sendo, apenas, auxiliados por outros nas atividades menores. Muitas vezes ocorre a sobrecarga de um único cuidador, quando na verdade os afazeres deveriam ser compartilhados no sistema familiar, no intuito de qualificar a assistência fornecida e promover mais autonomia à pessoa idosa (SILVA et al, 2011).

Quanto à caracterização clínica dos idosos acamados, 99% apresentavam uma ou mais doenças, aqui categorizadas segundo o CID-10. Destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, são elas, doença hipertensiva (65%) e sequelas de doenças cerebrovasculares (34%); seguida por uma doença endócrina, nutricional e metabólica, o diabetes mellitus (30,1%) e pelas doenças do sistema nervoso, Alzheimer/demência (21,4%).

Nos estudos realizados com idosos e seus cuidadores informais, as principais doenças investigadas que tornam a pessoa idosa dependente e exigem a presença de um cuidador no domicílio, foram o AVC (GANAPATLY et al., 2015, MC LENNON et al., 2014, OLAI BORGQUIS.; SVÄRDSUDD, 2015, SANTOS et al., 2015) e as demências (CUSTÓDIO et al., 2014, SARABIA-COBO, 2015, CÓRDOBA; APARICIO, 2014; KUO et al., 2013, BLACK et al., 2013, CASSIS et al., 2007, GITLIN et al., 2013). No entanto, foi identificado em alguns desses estudos, unido a essas condições de saúde uma média de 3 ou mais comorbidades (BLACK et al., 2013, SANTOS et al., 2015, CASSIS et al., 2007, GITLIN et al., 2013).

A presença de doenças crônicas constitui panorama epidemiológico comum à população idosa. Um estudo de base populacional com 266 idosos assistidos pela ESF na região sul do país verificou a prevalência de idosos portadores das doenças do aparelho circulatório (41,2%), com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, seguida pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (16,7%), doenças do sistema osteomuscular (15,6%) e dos transtornos mentais e comportamentais (7,1%) (WENDT et al., 2015).

Outro estudo conduzido com o objetivo de investigar as condições de vida e saúde de idosos maiores de 80 anos assistidos pela ESF, no estado de São Paulo, quantificou 65, 2% com hipertensão arterial sistêmica, 17,9% com diabetes mellitus (DM) tipo 1 e 2, 14,7% artrose e osteoporose e 8,4 % história prévia de AVC dentre outras doenças referidas (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

De acordo com as **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2014)**, ela representa sério problema de saúde pública no Brasil e atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na vida das pessoas.

Autores, como, Pessoa, Rocha e Bezerra (2011) em seu estudo realizado em Teresina-PI, observaram que Diabetes, Hipertensão Arterial, obesidade, osteoporose e doença de Alzheimer estavam mais associadas ao motivo dos pacientes estarem acamados. Figueiredo et al (2008) ao verificarem a ocorrência de patologias nos idosos estudados, obtiveram que 34%

dos entrevistados tinham sequelas de Acidente Vascular Encefálico, sendo que essa patologia que determinou a condição de perda da mobilidade, tornando o idoso acamado, comprometendo a autonomia e independência.

Em busca do conceito de limitação da mobilidade pós AVC, Moreira, Araújo e Pagliuca (2013), identificaram que esta é a primeira causa de incapacidades e impossibilidades na população adulta, levando à limitação da mobilidade. Cabe ainda, que a limitação da mobilidade não depende apenas da severidade do acidente, hemorrágico ou isquêmico, mas também da presença de comorbidades preexistentes. As evidências, são em sua maioria, produzidas nas áreas médicas e da terapia ocupacional, sendo estimulada a realização de pesquisas da Enfermagem sobre essa temática.

A prevalência de doenças crônicas nessa parcela da população, unido a medicalização da saúde dos últimos tempos, o estímulo à prescrição de medicamentos na formação dos profissionais da saúde, dentre outras condições, podem levar, também, ao elevado consumo de medicamentos (SECOLI, 2010). Nos idosos acamados dessa investigação a quantidade mediana de medicamentos usados por dia era 3,9. Semelhante ao identificado em outros estudos nacionais de Cassis et al. (2007), Oliveira et al. (2013), Silva, Marin e Rodrigues (2015) de 3,2, 5,67, 4,3, respectivamente, e inferior ao do estudo internacional de Black et al (2013) que foi de 6,4 medicamentos.

O uso de muitos fármacos configura-se prática comum entre os idosos e é muitas vezes descrito como um problema devido às complicações do uso aquém das necessidades. Essa prática é a polifarmácia, definida como o consumo de três ou mais drogas ou de uma quantidade maior do que a indicada. Ela pode levar a iatrogênias, custos para a família, para os serviços de saúde em razão do maior risco de hospitalização e para qualidade de vida do idoso (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Quanto ao uso de curativos, dos participantes do estudo, 13,5% apresentavam alguma solução de continuidade na qual necessitavam realizar curativos. Valor próximo foi evidenciado por Santana et al. (2014), em estudo local que teve por objetivo verificar a prevalência de lesões por pressão em idosos com imobilidade prolongada no domicílio. Os autores identificaram uma prevalência alta de 14,3%, embora menor do que a observada em outros estudos nacionais.

Ser idoso, ter multicomorbidades e estar acamado são condições de risco para o surgimento de agravos como as lesões na pele (BEZERRA et al, 2014; BRASIL, 2006). Estudo longitudinal conduzido com objetivo de avaliar o risco para lesão por pressão em idosos no domicílio, após período de internação hospitalar, observou que na primeira e

segunda semana, 55% e 40% dos idosos, respectivamente, apresentaram risco elevado para lesão e a incidência foi de 22,5% (MORAIS et al. , 2012).

A alta prevalência de lesões por pressão, em pessoas acamadas no domicílio, está relacionada à falta de mudança de decúbito periódica, as condições socioeconômicas precárias, que interfere na nutrição, na aquisição de dispositivos mais adequados para redistribuição de carga mecânica e a adequação do tratamento (BEZERRA et al. 2014).

Os pacientes acamados e restritos a cadeiras no domicílio, em sua maioria, são idosos, apresentam-se vulneráveis para o desenvolvimento de lesões por pressão, possuem morbidades múltiplas e necessidade de cuidados, dependendo, assim, de cuidadores (CHAYAMITI; CALIRI, 2010). Como também observado por Duim et al. (2015) na pesquisa longitudinal SABE, cuja finalidade era traçar as condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de São Paulo. Os autores identificaram 20,7% dos idosos participantes com lesões de pele e a maioria, dependentes, na maior parte do tempo, do auxílio de um cuidador.

No estudo ora apresentado, a média de trocas de curativos na semana era de 14,7. Bezerra et al, (2013) observaram que a frequência de troca do curativo teve prevalência de duas vezes ao dia (34,8%) e Viana et al. (2013) identificaram que 82,3% dos idosos com limitações de mobilidade, que realizavam curativo, o fazia duas vezes ao dia, o que seria 14 vezes na semana. Essa frequência é, possivelmente, justificada pela baixa condição sócia econômica, pela temperatura elevada e calor intenso, necessitando de maior número de banhos diários e consequentes trocas de curativo (BEZERRA et al., 2013).

Parte dos idosos acamados nesta investigação fazia uso de dispositivos invasivos. O crescimento dos serviços de assistência domiciliar traz consigo questões importantes como transferência de tecnologias e utilização de dispositivos invasivos com as peculiaridades pertinentes a atenção à saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2016).

Estudo conduzido no estado do Ceará com vítimas de AVE em tratamento domiciliário, onde a média de idade dos participantes era de 73,57 anos e 85,2% estavam em uma condição de acamados, identificou que 11,5% deles eram traqueostomizados e 9,8% faziam uso de sonda vesical (OLIVEIRA et al., 2013).

Em estudo com 56 pacientes em internação domiciliar, Brondani et al. (2013) observaram que todos faziam uso de tecnologias, em primeiro lugar, destacam-se as medicações, segue na ordem de maior prevalência, as sondas para alimentação (73,7%), seguidas das gastrostomias (35,1%), traqueostomias (24,6%), oxigenoterapia (22,8%) e sonda

vesical (3,5%). O uso destas é resultado, principalmente, das sequelas de AVE e das neoplasias.

A presença de dispositivos como sondas de traqueostomia e de gastrostomia e cateteres vesicais favorecem infecções e por isso requerem atenção e monitoramento específicos. Como imprescindível para a segurança do paciente no domicílio, a equipe de saúde, durante o manuseio de dispositivos ou realização de cateterismo vesical intermitente pelo cuidador ou usuário, deve promover a qualificação do executor na técnica e assim reduzir risco de contaminações (BRASIL, 2016).

No tocante as dificuldades questionadas no estudo, por ordem de frequência foram: 46,6% para falar, 44,2% para mastigar, 40,9% para engolir e 34,1% dos idosos tinham dificuldades para ouvir. A fala foi apontada como uma das maiores dificuldades dos idosos na investigação de Oliveira et al. (2013), com prevalência de 78,7%.

Dentre as características do perfil de saúde dos idosos de 80 anos ou mais assistidos pela ESF, Silva, Marin e Rodrigues (2015) identificaram que 24,2% ouviam com dificuldade e 11,6% tinham dificuldades de mastigação. Com o avançar da idade ocorrem diversas modificações nos órgãos dos sentidos, culminando na diminuição de seu funcionamento, o que pode interferir no cotidiano dos idosos e no desempenho de suas atividades de maneira independente (TAVARES et al., 2013).

As dificuldade de engolir e mastigar do idoso, são ainda, discutidas por Oliveira et al. (2013) como possíveis estressores do cuidador responsável pelo provisão de cuidados, uma vez que demanda mais tempo para realizar a alimentação do paciente, além dos sentimentos negativos oriundos do fato de acompanhar o definhar de alguém próximo e da qual se tem afeto.

Apesar do número expressivo de idosos com dificuldades para engolir e mastigar, apenas 11,5% faz uso da dieta por sonda nasoenteral. Essa parcela recebeu a sonda em um episódio anterior de internação hospitalar e permanece, agora, fazendo uso no ambiente domiciliar. Acredita-se que os demais idosos apresentaram a dificuldade de deglutição em razão do agravamento de uma condição crônica no domicílio e a necessidade de uso de sonda nasoenteral seja subdiagnosticada.

O progressivo aumento da expectativa de vida da população no mundo permitiu o crescente número de portadores de doenças crônicas e incapacitantes. Ser portador de uma doença crônica altera o estilo de vida, exige mudanças na rotina e por vezes trazem limitações que prejudicam a autonomia e independência dos idosos para a realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida (ROCHA; CIOSEK, 2014).

A saúde do idoso está relacionada à sua funcionalidade global. Estar saudável é mais que apenas a ausência de doenças, mas os impactos que elas têm sobre o funcionamento e bem-estar da pessoa maior. As pessoas envelhecem de maneiras diferentes. E parte dessa diversidade reflete a herança genética e as relações com os ambientes físicos e sociais, da forma em que estes podem oferecer barreiras ou incentivos que influenciam os comportamentos ao longo da vida (OMS, 2015).

A capacidade funcional é avaliada por meio da análise das atividades de vida diárias realizadas pelo idoso quanto ao grau de autonomia e independência do indivíduo. Os idosos investigados no presente estudo apresentavam dependência em pelo menos uma atividade, sendo, a maior parcela (47,1%), dependentes para todas as atividades questionadas e 96% avaliados com incapacidade severa. O que implica dizer que os idosos acamados em domicílio são idosos com alta dependência de cuidados.

Esse achado é concernente com o identificado nas produções nacionais, como a de Viana et al.(2013), onde ratificam que 94% dos clientes com limitação de mobilidade no domicílio são dependentes ou semidependentes de cuidados. Freitas e Meneghel (2008), também identificaram que os usuários de um programa de atendimento domiciliar aos idosos acamados em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, mostraram grau de incapacidade severa. E Fuhrmann et al. (2015) ao caracterizarem os idosos dependentes e os seus cuidadores familiares principais na cidade de Porto Alegre avaliaram que 74,4% dos idosos possuíam dependência grave.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde evidenciam uma prevalência de incapacidade funcional de 8,4% entre a população idosa, sendo maior, no sexo feminino e naqueles mais longevos de 75 anos ou mais e sem nível de instrução. E ainda, a região Nordeste apresenta uma maior proporção de idosos com limitações para as atividades básicas de vida diárias (OLIVEIRA-FIGUEIREDO et al., 2017).

Dentre as atividades avaliadas segundo o índice de Katz, todos os idosos eram dependentes para a “transferência”. O que já era esperado, em razão do desenho do estudo incluir como participantes os cuidadores de idosos com grandes limitações de mobilidade. E essa atividade é caracterizada como a capacidade de levantar da cama para a cadeira e vir-se-versa, sendo considerados dependentes aqueles que a faziam com auxílio do cuidador ou que não eram capazes de executar a tarefa (DUARTE; ANDRADE, LEBRÃO, 2006).

Na sequencia estão às atividades “ir ao banheiro” e “vestir-se” como as de maior dependência. O que também foi identificado por Pereira et al. (2017), vestir-se, banhar e continência foram as atividades as quais os idosos apresentavam menos independência, pois

algumas delas exigem coordenação, destreza, equilíbrio, amplitude de movimento e força muscular, se tornando complexas e de difícil execução de forma independente.

Ribeiro et al., (2015) elenca como fatores que limitam a independência funcional, a idade avançada, principalmente idosos de 90 anos ou mais, que moram com familiares, que fazem uso de tecnologias assistivas, acamados, com histórico de hospitalização recente, que apresentam alteração cognitiva, histórico de AVE ou doença neurológica, dentre outros.

O comprometimento das atividades básicas de vida diárias relacionadas à mobilidade pode favorecer o afastamento dos idosos do convívio social, gerando dependência para a realização de atividades que antes proporcionavam satisfação pessoal. Os idosos com cuidadores, na maioria, são os mais dependentes, pois quando a independência ou autonomia dos maiores é prejudicada surge à necessidade de um cuidador (TAVARES et al., 2013; GRATÃO et al., 2013).

5.3 Sobrecarga e fatores relacionados

A problemática da sobrecarga dos cuidadores informais vem sendo investigada em diversos contextos pelos profissionais da saúde. Cuidar de um idoso acamado com heterogenias morbididades não é apenas um problema individual que envolve vários aspectos de ordem física e emocional do cuidador, mas de âmbito social que deve ser visto pela comunidade científica e órgãos da sociedade em razão do processo de envelhecimento demográfico. Urge se intervir com base nas evidências científicas dos fatores que interatuam e interferem no bem-estar dos cuidadores informais.

Na análise descrita do Questionário de Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores Informais (QASCI) constatou-se que os cuidadores demonstram níveis elevados de sobrecarga quando comparado a outros estudos com idosos dependentes (PEREIRA, 2011; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). As dimensões “implicações na vida pessoa”, “sobrecarga emocional” e “reações e exigências” constituem os fatores de maior influência no valor total de sobrecarga avaliada pelos cuidadores.

Influência essa, reafirmada pela forte correlação obtida da sobrecarga total com as medidas dos componentes “implicações na vida pessoa”, “sobrecarga emocional” e “reações e exigências”. Resultado semelhante foi observado nos estudos de validação da escala original e no de validação da versão para o Brasil (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Para a compreensão da sobrecarga é necessário entender que o domínio implicações na vida pessoal é constituído por questões que avaliam o impacto das mudanças que afetam diretamente a vida do cuidador, como percepção da sua condição de saúde, o esforço físico dispensado no cuidado, tempo disponível, os planos para o futuro e sua vida social. Já a sobrecarga emocional é um conjunto de emoções negativas, sendo elas a sensação de cansaço, o desejo de fuga e os conflitos internos. E o domínio reações e exigências são sentimentos negativos como a percepção de ser manipulado, ou a presença de comportamentos por parte do receptor de cuidados, capazes de provocar sobrecarga emocional (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). Na amostra investigada, esses são os principais aspectos que determinam a sobrecarga percebida.

Os componentes “sobrecarga financeira”, “satisfação com o papel e com o familiar”, “mecanismos de eficácia e controle” e “suporte familiar”, na sequência, apresentaram correlação moderada. Martins, Ribeiro e Garret (2003), afirmam que as subescalas “suporte familiar” e “sobrecarga financeira” apresentam menor força de correlação em razão do reduzido número de itens (2 itens).

Ainda é possível observar que os menores valores são obtidos para as três dimensões positivas que compõe o questionário “satisfação com o papel e com o familiar” e “mecanismos de eficácia e controle” e “suporte familiar”. Considerando que os itens foram invertidos e que dessa forma os maiores valores correspondem a maior sobrecarga, infere-se que a maioria dos cuidadores tem uma visão positiva sobre a proximidade com o receptor dos cuidados.

Os cuidadores valorizam mais as implicações na vida pessoal e as alterações daí decorrentes, no entanto, de maneira geral sentem-se satisfeitos com o papel desempenhado, em auxiliar o familiar doente. Cuidar de um familiar dependente e da qual se tem vínculo e afeto gera um misto de sentimentos positivos e negativos, o que torna essa atividade complexa e singular (ABREU; RAMOS, 2007; FERNANDES et al., 2013).

Ao comparar o nível de sobrecarga dentre as características sociodemográficas da amostra, constatou-se como significativo, às diferenças no grau de parentesco e no fato de manter união estável, estando os cônjuges mais sobrecarregados. O matrimônio traz uma relação de obrigação para o cuidar, pois há um projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (RICO-BLÁZQUEZ et al., 2014).

Estudo conduzido por Rodríguez-González et al (2015) na Espanha, com o objetivo de identificar as variáveis relacionadas a sobrecarga de cuidadores informais de pessoas dependentes, por meio do instrumento de medida, escala de Zarit, observou resultado

semelhante ao da presente investigação. O grau de parentesco com o receptor de cuidados está relacionado aos maiores níveis de sobrecarga.

No Brasil, existe o valor cultural da família se responsabilizar pelo cuidado dos seus membros. Os familiares que cuidam dos idosos, ainda que satisfeitos por este papel, estão sujeitos a inúmeras fontes de estresse, decorrente das definições de tarefa de um papel para qual, frequentemente, não estão preparados, assim como, das repercussões na sua vida diária (FALLER et al, 2017; RAMOS, 2004).

O fato dos cuidadores necessitarem responder às exigências de cuidados dos idosos e às solicitações dos outros familiares tem implicações negativas, podendo a própria relação com o idoso que é cuidado ser ambígua e potenciadora de situações desgastantes. Ter relação de parentesco é fator preditor de sobrecarga pelo acúmulo de papéis (PEREIRA et al, 2013; POCINHO et al. 2017).

A idade do cuidador correlaciona-se de forma positiva com os domínios mecanismo de eficácia e controle e satisfação com o papel e com o familiar, ou seja, quanto maior a idade do cuidador, maior a sobrecarga percebida nesses aspectos. Desta forma, os cuidadores com mais idade encontram menos facilitadores para enfrentar as dificuldades decorrentes desse papel e menor satisfação por estar a cuidar dos seus familiares. No estudo de revalidação da escala original, os autores portugueses encontram resultado semelhante. A satisfação com o papel e com o familiar correlacionou-se com a idade do cuidador demonstrando que cuidadores mais velhos percebem menor satisfação (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2004).

Pereira (2011) em estudo realizado na cidade de Porto, Portugal, identificou resultado oposto. O autor aponta que os cuidadores mais jovens apresentam maior sobrecarga, com destaque para a sobrecarga financeira e justifica que a perda do emprego e a impossibilidade de ingressar no mercado de trabalho por estar a cuidar de um idoso dependente são mais desgastantes do que para os cuidadores mais velhos que tem por renda a aposentadoria e pensão, apesar do aumento dos encargos financeiros em casa.

Outros fatores que influenciam a sobrecarga percebida pelos cuidadores é a sua situação de saúde. O cuidador apresentar ou não doenças difere nos valores obtidos para quatro dos sete domínios: sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, satisfação com o papel e com o familiar e no escore total de sobrecarga. Para todos, a maior média de sobrecarga é do grupo que referiu apresentar doenças. Portanto, quando portador de uma ou mais doenças, maior é a sobrecarga emocional, como também, maiores são as implicações na vida pessoal desse cuidador, maior a sobrecarga financeira e menor a satisfação com o papel desempenhado.

Fernandes et al. (2013) em estudo conduzido com o objetivo de avaliar a influência da orientação fisioterápica na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores informais, observaram que os participantes, inicialmente, em relação à saúde física, apresentavam todos os domínios alterados. O impacto do estresse crônico pode se manifestar no cuidador por meio de problemas físicos e psicológicos, os quais influenciam no tipo de cuidado que o familiar dependente passa a receber (SOUZA et al., 2015).

André et al (2013) ao avaliar a saúde mental de 636 cuidadores informais de idosos dependentes pós acidente vascular cerebral, em Portugal, observou uma percepção ruim de saúde mental. A pior saúde mental é influenciada pela sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal e pela satisfação de cuidar, como também pelas exigências do receptor dos cuidados.

A sobrecarga de trabalho, a complicada convivência com o receptor dos cuidados e a limitação do tempo do cuidador para investir em ações de promoção a saúde do mesmo acabam muitas vezes influenciando no adoecimento do cuidador (CARMO; BATISTA, 2017).

Quanto às dores, maior é a média de sobrecarga dos participantes em que as dores surgiram após os idosos ficarem acamados, sendo significativa para os domínios sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, mecanismo de eficácia e controle e no escore total de sobrecarga. Para aqueles em que a dor permanece após a realização dos cuidados maior é a média de sobrecarga, repercutindo, significativamente, em todos os domínios avaliados.

Corroborando com esse achado o estudo de Costa et al (2015) desenvolvido no município de João Pessoa-PB, da qual fizeram parte cuidadores familiares de indivíduos com sequela de AVC, cadastrados nas Unidades de Saúde de Família. Segundo os autores a dor está associada com maiores níveis de sobrecarga, resultando em uma qualidade de vida pior relacionada à saúde nos domínios ‘capacidade funcional’, ‘aspectos físicos’, ‘aspectos emocionais’ e ‘dor’.

Esse fato se justifica pelo esforço físico e demanda de cuidados variados que um paciente acamado requer. Conforme aumenta o grau de dependência dos pacientes, também cresce a dificuldade enfrentada pelo cuidador, por falta de conhecimento técnico, habilidade e condicionamento físico (YAMASHITA et al., 2013). Destaca-se a importância de uma casa adaptada, pois a acessibilidade para cadeira de rodas é necessária na execução das atividades de higiene pessoal e locomoção, exigindo menos esforço físico do cuidador (PRUDENTE; RIBEIRO; PORTO, 2017).

Nesse contexto, a sobrecarga, sentimentos de medo, de dor, de perda e de falta de controle percebido, de culpa, frequentemente presentes no processo de cuidar, propiciam deficiência do autocuidado da saúde do próprio cuidador. A carência de comportamentos de promoção à saúde, associada aos efeitos adversos da tensão prolongada do papel, deteriora a saúde do cuidador, isso pode ser pensado com um aspecto ambiental negativo para o envelhecimento do cuidar, causando uma reação em cadeia quando ele mesmo precisará de um cuidador (COSTA et al. 2015).

Acrescenta-se que a sobrecarga dos cuidadores participantes dessa investigação é significativamente maior para aqueles que sentiram modificações no seu corpo e na sua saúde após o papel de cuidador. Morais et al. (2012), confirmam o resultado ao observar que aqueles cuidadores que relataram alguma mudança tinham maiores valores de sobrecarga. O autor confirmou a hipótese de que cuidadores de pessoas vítimas de AVC têm maior risco para o desenvolvimento de vários problemas de saúde, como altos níveis de depressão, ansiedade e queixas físicas.

Os cuidadores com maior sobrecarga são aqueles que têm manifestado uma pior saúde subjetiva, o que se confirma na pesquisa ora apresentada. Sendo significativa a sobrecarga nos domínios sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações e exigências e no escore total do QASCI.

Cústódio et al (2014), em uma amostra de cuidadores Peruanos, observou na análise multivariada da escala Zarit, como primeiro lugar, em ordem de importância, a maior gravidade de carga dos cuidadores para a autopercepção de problemas de saúde. Os cuidadores informais mostraram deficiências em desempenho físico, psicológico e social, com percepção de saúde precária e desenvolvimento de vários problemas clínicos e comorbidades.

Manifestar uma pior saúde subjetiva está associado a maior sobrecarga dos cuidadores, bem como, com a saúde objetiva. Assim, ter várias patologias, estar sendo tratado por alguma enfermidade crônica e padecer de uma enfermidade psicológica/psiquiátrica estão associados a maior sobrecarga (RODRIGUES-GONZALEZ et al., 2016).

No que diz respeito às características do cuidado, observou-se uma correlação positiva, apenas entre a quantidade de horas na semana e no final de semana com os vários domínios e o valor global de sobrecarga. Quanto maior a quantidade de horas do seu dia é dedicada às atividades de cuidado ao idoso acamados maior é a sobrecarga percebida pelo cuidador.

Esse achado corrobora com o identificado por outros estudos a nível nacional (CARVALHO et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013, AIRES et al.,

2017) e internacional (MAIA, 2010; MARTINS; RIBEIRO; GARRETE, 2004; POCINHO et al 2017) em diversos contextos.

Ganapatly et al. (2015), ao avaliar a carga de cuidador de sobreviventes de AVC no Canadá, identificou que a sobrecarga de cuidar de uma pessoa dependente é maior para o tempo percebido gasto do que para as dificuldades na realização das atividades de cuidado destinadas ao familiar. A maioria das tarefas foi percebida como de dificuldade leve a moderada pelos cuidadores, no entanto, a quantidade de tempo gasto na realização dessas tarefas foi percebida como mais onerosa.

Os cuidadores ficam sem tempo para si, e para o desenvolvimento de atividades sociais e culturais, alguns cuidadores mantêm a atividade laboral, mas outros têm que abdicar, pois o receptor de cuidados necessita de auxílio para a maioria das suas atividades básicas e na maior parte do tempo (POCINHO et al., 2017).

Estudo fenomenológico baseado na teoria fundamentada nos dados realizado com 23 cuidadores primários de idosos no Japão apreendeu a partir da questão norteadora “como os cuidadores lidavam com a necessidade de cuidados prolongados e incorporavam os cuidados na sua vida?” que os cuidadores avaliam o período de necessidade de cuidados como interminável e o atendimento em casa é contínuo (SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015).

Os cuidadores se dedicam 24 horas às atividades com o idoso e o tempo, incluindo, as saídas do domicílio são cronometradas, mas, geralmente, para atender as necessidades do familiar dependente. Existe o horário correto para os remédios, hora do banho, hora das refeições, e dessa forma o cuidador fica restrito ao domicílio, com grande parte do seu tempo para as atividades com o idoso, sendo, na maioria das vezes uma atividade solitária (CARVALHO et al. 2015).

Não foi identificado diferenças nos níveis de sobrecarga entre aqueles que possuem auxílio, as vezes ou sempre, ou não possuem auxílio. Resultado semelhante foi obtido por Marques (2005), onde os cuidadores informais terem ajuda na prestação de cuidados não está relacionado, significativamente, com a sobrecarga sentida pelos prestadores de cuidados.

Comparando os grupos definidos em função das variáveis sociodemográficas dos idosos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas do valor total e dos componentes da sobrecarga percebida pelos cuidadores para as variáveis: sexo do idoso, possuir ou não um único cuidador e idade do idoso acamado.

Os cuidadores informais de idosos acamados do sexo masculino expressam, significativamente, maior sobrecarga relativa às implicações na sua vida pessoal e as reações

e exigências do receptor de cuidados. Martins, Ribeiro e Garret (2004) observaram níveis mais elevados de sobrecarga para os cuidadores de idosos homens no domínio satisfação com o papel e com o familiar. A maior sobrecarga relacionada ao cuidado de homens idosos pode justificar-se pelo fato das idosas dependentes demonstrarem mais gratidão e cultivarem um melhor relacionamento com o cuidador do que os idosos do sexo masculino.

Estudo longitudinal conduzido no Canadá com cuidadores de idosos com sequelas de AVC identificaram que ser do sexo masculino é determinante do maior quantitativo de cuidados prestados. Os autores apontam que os idosos do sexo masculino demandam mais cuidados informais (OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015). O que também poderia justificar a maior carga percebida pelos cuidadores.

No Brasil, os estudos conduzidos por Gratão et al (2013) e Loureiro et al., (2013) também identificaram que os homens dependentes repercutem em maiores níveis de sobrecarga dos cuidadores, apesar de não estatisticamente significativo. Os autores justificam que os homens apresentam mais dificuldade para aceitar a condição de dependência e a necessidade de ser cuidado, contribuindo para o surgimento de sobrecarga entre os cuidadores familiares. Além disso, preocupam-se menos com a manutenção de sua saúde, o que os torna mais susceptíveis à ocorrência de problemas crônicos que podem evoluir com prejuízo funcional.

Constatou-se no estudo ora apresentado que o idoso possuir um único cuidador repercute em maiores níveis de sobrecarga, em sua globalidade, como na sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal e na sobrecarga financeira do cuidador.

Por sua vez Bailão (2013) utilizando-se do mesmo instrumento de avaliação da sobrecarga com cuidadores informais de pacientes oncológicos não identificou diferença significativa no nível de sobrecarga relacionada ao fato de ser ou não cuidador único.

Compreende-se que apesar do fato de toda a família ser afetada pela doença é o cuidador informal primário que assume o cuidado do paciente na assistência física, emocional e muitas vezes financeira. Ficando, também, a cargo dele todas as implicações dessa atividade. Dessa forma, os cuidadores precisam da ajuda de outros familiares para o revezamento dos cuidados, de orientações e de capacitação da equipe de saúde para lidar com os aspectos específicos da patologia do paciente ou do seu grau de dependência (COSTA e al 2015).

Diversos estudos apontam a importância do apoio informal e formal aos cuidadores, por dar subsídios às estratégias de enfrentamento à situação estressante, sendo a base para uma melhor percepção de saúde do cuidador. Cabe aos serviços de saúde a elaboração de

intervenções estruturadas sobre conhecimento e treino, como uma forma de aliviar os efeitos na saúde e bem-estar dos preceptores de cuidados. Devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar sua saúde e sua qualidade de vida. O enfermeiro deve possuir papel ativo no desenvolvimento dessas atividades (ARAÚJO et al., 2016; POCINHO et al., 2017; MORAIS et al, 2012).

A idade do idoso correlaciona-se negativamente com a sobrecarga avaliada. Sendo estatisticamente significativa na sua globalidade, como nas dimensões, emocional, nas implicações pessoais e nas reações e exigências desse papel. Ou seja, quanto mais jovem for o idoso receptor dos cuidados, maior é a sobrecarga percebida pelo cuidador.

Achados semelhantes foram observados no estudo de Gratão et al. (2013), para análise das características do idoso relacionadas à sobrecarga do cuidador, verificaram que os cuidadores que auxiliam idosos com idade de 65 a 69 anos são mais sobrecarregados que os que cuidavam de idosos mais velhos. E no estudo de Loureiro et al (2013), os autores identificaram maior média de sobrecarga dos idosos mais jovens de 60 a 74 anos. Embora não foi observada significância estatística.

A incapacidade funcional está associada com a idade dos idosos, apresentando os longevos maiores níveis de dependência. Sendo os idosos mais jovens capazes de executar algumas das suas atividades básicas, a sobrecarga dos cuidadores pode estar associada com a sua falta de discernimento quanto à necessidade de assistência total, máxima, mínima ou apenas de supervisão durante a realização de uma atividade pelo idoso (PEREIRA et al., 2013).

A preocupação em não negligenciar as necessidades do familiar dependente faz com que o cuidador tome pra si todas as atividades, inclusive as que poderiam ser desempenhas com segurança pelo idoso. Os idosos sofrem ainda com a inversão de papéis provocada pela doença crônica de quem antes era o responsável pela família e hoje recebe os cuidados. Além disso, por serem idosos jovens, podem sentir-se desolados por não aceitarem a nova condição. Essas mudanças geram resistência à aceitação do cuidador informal e assim conflitos e sentimentos negativos, possíveis causadores da percepção de maior sobrecarga pelo preceptor dos cuidados (BELLATO et al., 2016; PEREIRA et al., 2013).

O uso de dispositivos pelos idosos como sonda enteral, gastrostomia, sonda vesical de demora e oxigenoterapia estão relacionados a maiores níveis de sobrecarga do cuidador. Os pacientes com uso de dispositivos, como a oxigenoterapia, que estão no domicílio, são dependentes para atividades de vidas diárias e necessitam de monitorização constante, que requer tempo, paciência e disponibilidade da família, uma tarefa complexa que está ligada

diretamente na recuperação e na qualidade de vida do paciente (FOGAÇA; CARVALHO; MONTEFUSCO, 2015).

Além disso, os idosos com dificuldades para falar referem sobrecarga elevada nos domínios mecanismo de eficácia e controle, satisfação com o papel e com o familiar e no escore total de sobrecarga. Acredita-se que isso se justifica pela dificuldade de comunicação entre o receptor e o preceptor de cuidados.

Apesar de não avaliada no presente estudo, a literatura evidencia que as alterações advindas das áreas cognitivas do idoso, especialmente referentes à sua comunicação e as comportamentais, acarretaram impacto negativo na vida de cuidadores por aumentar a tensão das relações familiares, principalmente com o principal cuidador responsável pelos cuidados (LOUREIRO et al, 2014).

Maior também é a sobrecarga dos que cuidam de idosos com dificuldades para mastigar, apesar de significativa apenas no domínio sobrecarga financeira. Como também, maior a sobrecarga global, a sobrecarga emocional e as implicações na vida daqueles que cuidam de idoso com dificuldades para engolir.

Com o envelhecimento, os hábitos de mastigação mudam. Essas alterações são devidas ao aparecimento frequente de cáries e doenças periodontais, às próteses totais ou parciais inadaptadas ou em péssimo estado de conservação, e à ausência de dentes. O edentulismo é considerado fator que limita a independência funcional dos idosos no domicílio. A perda dental nos idosos é resultado de uma história pregressa de pouco cuidado com a saúde bucal. Em última instância, a dificuldade de mastigação pode interferir no estado nutricional do idoso (SAKASHITA; NASCIMENTO et al., 2010; RIBEIRO et al., 2015).

Segundo Oliveira et al (2013) as dificuldades para mastigar e engolir podem ser fatores preditores de sobrecarga, pois mais tempo é necessário para proceder a alimentação do paciente e o fato de acompanhar a diminuição progressiva das capacidades do seu familiar contribui ainda mais para o estresse do cuidador. Loureiro et al (2014) ratifica ao afirmar que maior é sobrecarga na dependência do idoso para o desempenho da atividade de alimentar-se.

A distribuição das médias dos domínios do QASCI é a mesma entre as categorias de incapacidades dos idosos. Ou seja, não foi observada diferença nos níveis de sobrecarga entre os cuidadores que cuidam de idosos com incapacidade leve ou severa.

Se no presente estudo o nível de incapacidade não representa diferença significativa outros estudos encontraram resultados diferentes (PEREIRA, 2011; FUHRMANN et al., 2015; GRATÃO et al, 2013). Pereira (2011) identificou que os cuidadores que prestam

assistência a doentes cujo grau de dependência é inferior apresentam menos sobrecarga emocional e menos implicações na vida pessoal.

6 CONCLUSÃO

Conforme os resultados obtidos, consideramos que o presente estudo alcançou os objetivos propostos. Concluimos que existe relação significativa entre a sobrecarga percebida pelo cuidador informal e as suas características sociodemográficas e clínicas, as características próprias da atividade, bem como as características sociodemográficas e clínicas do idoso receptor dos cuidados.

O Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI), instrumento utilizado, se mostrou de fácil aplicação e possibilitou a análise dos aspectos físicos, emocionais e sociais do constructo a que se pretendeu investigar. Embora, o método utilizado não permita o estabelecimento da relação de causa e efeito, aspecto limitante do estudo.

Dos 208 cuidadores informais participantes, a maioria possuía idade na faixa etária de 40 a menos de 60 anos, eram do sexo feminino, alfabetizados, com média de 8,9 (DP 3,2) anos de estudo e não mantinham união estável. Quanto à renda, apresentavam baixo rendimento, 74,5% ganhavam até um salário mínimo e consideravam sua principal ocupação as atividades domésticas. Mais da metade eram filhos (as) e residiam com o idoso.

Na caracterização clínica dos cuidadores observou-se o relato de uma ou mais doenças, destacando-se, as do aparelho circulatório e as osteomusculares e do tecido conjuntivo. Bem como, o consumo mediano de quatro medicamentos ao dia. As dores, em sua maioria, na coluna, surgiram após os idosos ficarem na condição de acamados e permaneciam durante a realização do cuidado. Os cuidadores sentiram modificações no seu corpo e na sua saúde ao assumirem este papel e consideravam sua saúde regular.

Os participantes desempenhavam a atividade a um tempo estimado de 6,4 (DP 6,2) anos. Dedicando-se, em sua maioria, a uma jornada de mais de 8 horas ao dia de cuidado. Para isso, dentre as atividades investigadas, contavam sempre ou quase sempre com a ajuda de um segundo para a higiene corporal e o retorno as consultas do idoso.

As características dos idosos acamados em domicílio consistiram-se da maior parcela de octogenários, do sexo feminino, analfabetos e que residiam com uma média de 4,5 (DP 2) pessoas no domicílio, em arranjos trigeracionais. A maioria contava com o suporte de mais de um cuidador informal.

As mais frequentes doenças referidas foram: doenças do aparelho circulatório, são elas, doença hipertensiva (65%) e sequelas de doenças cerebrovasculares (34%); seguida

pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, como diabetes mellitos (30,1%) e pelas doenças do sistema nervoso, Alzheimer/demência. Ainda, os idosos faziam uso de uma média de 3,9 (DP 2,3) medicamentos, 13,5% realizavam curativo, 11,5% faziam uso de sonda nasoenteral ou gastrostomia, 2,9% sonda vesical de demora, 1% sonda vesical de alívio, 5,8% oxigenoterapia e 1,4% possuíam traqueostomia. A fala foi apontada como a maior dificuldade do idoso.

Constatou-se, também, que os idosos acamados eram dependentes em pelo menos uma atividade e a maioria, com grau de incapacidade severa para a realização das atividades básicas de vida diárias. Dentre elas, todos os idosos acamados apresentavam algum grau de dependência para a atividade “transferência”.

A média de sobrecarga foi calculada em 71,1 (DP 26,3), sendo o domínio “implicações na vida pessoal” o que mais contribuiu para a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais.

A sobrecarga foi maior para os que cuidavam de idosos mais jovens, do sexo masculino, e de idosos que fazem uso de dispositivos como sonda enteral ou gastrostomia, sonda vesical de demora e oxigenação. Assim como, para aqueles que assistem aos dependentes com dificuldades para falar, mastigar e engolir e para aqueles que eram o único cuidador. Maior também, para os cônjuges, e para os que apresentavam comorbidades, dores relacionadas à atividade desempenhada e para os que consideraram sua saúde regular.

Estimula-se a elaboração de intervenções eficazes que garantam suporte ao binômio idoso/cuidador e minimizem o impacto dos fatores identificados e que estão relacionados à sobrecarga do cuidador. Bem como, a qualificação profissional, em especial do Enfermeiro na atenção básica, para o desenvolvimento de um cuidado holístico e humanístico do núcleo família, com vista ao processo de envelhecimento ativo do cuidador.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. Antropologia, saúde e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1129-1131, Ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.
- ABREU, E. P.; RAMOS, S. I.V. O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do cuidador informal. **Portal dos psicólogos: psicologia.com.pt**. Portugal, [S.I], 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?o-regresso-a-casa-do-doente-vertebro-medular-o-papel-do-cuidador-informal&codigo=A0366&area=d5> Acesso em: 29 Jan. 2018.
- AIRES, M. et al . Associação entre responsabilidade filial no cuidado aos pais e sobrecarga dos cuidadores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 4, p. 767-774, Ago. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400767&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Fev. 2018.
- ALCARAZ, F. G. et al. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. **Aten Primaria**. [S.I.], v.47, n.4, p.195-204, Jul. 2015. Disponível em:< <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilizacion-recursos-sociosanitarios-caracteristicas-del-S0212656714002042>>. Acesso em: 20 de Set. 2016.
- ALBUQUERQUE, J. O. L; PENHA, E. S; CARVALHO FILHO, M. M; LUZ, M. H. B. A. Vivência dos familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n.59, p.61-65, Set. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228212010>. Acesso em: 29 Jan. 2018
- ANDRE, S. M. F. S. et al. Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 11, p. 85-94, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- ANJOS, K. F. et al. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.450-461, jun. 2014. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-25425>>. Acesso em: 20 Set 2016.
- ARANGA-LASPRILLA, J. C. et al., Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. **NeuroRehabilitation**, [S.I], v. 27,n.1, p. 83–93, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20634603>>. Acesso em: 29 Jan. 2018
- ARAUJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-158, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.
- ARAUJO, O. et al . Eficácia do programa InCARE na sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após um AVC. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. spe3, p. 09-13, abr. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 fev. 2018.

BAILÃO, A.L.S. O cuidador informal em contexto oncológico: sobrecarga e qualidade de vida familiar. Dissertação. Coimbra, 2013. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24133>> Acesso em: 03 fev. 2018.

BARBETTA, P. A.(org.) **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Santa Catarina: Editora UFSC, 2002.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

BELLATO, R. et al . Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo =, v. 50, n. spe, p. 81-88, Jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100081&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

BERTOLUCCI, P. H; BRUCKI, S. M; CAMPACCI, S. R; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq Neuropsiquiatr**. [S.I.], v.52, n.1, p. 1-7, Mar. 1994. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8002795> Portuguese>. Acesso em: 30 de Julho de 2016.

BEZERRA, S. M. G. ET AL. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.6, n.3, p. 105-114, Jun-Ago-Set. 2013. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95>>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

BEZERRA, S. M. G et al. Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Úlcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2014. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

BLACK, B.S. et al., Unmet needs of community-residing persons with dementia and their informal caregivers: findings from the maximizing independence at home study. **J Am Geriatr Soc**. [S.I.], v. 61, n.12, p.:2087-95, Dez. 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479141>>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

BOCCHI, S. C. M. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 569-573, Out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

BRAITHWAITE, V. Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. **Gerontologist**. [S.I.], v.40, n.6, p.706-17, Dez. 2000. Disponível em: <<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/40/6/706.full.pdf+html>>. Acesso em : 30 de Julho de 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 29 Jan. 2018.

_____. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

_____. Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF). 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed, n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente do paciente no domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 825-832, Out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500825&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

BRONDANI, C. M. et al. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 3, p. 689 - 699, mar. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11063>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BRUM, A. K. R. et al. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 619-624, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400025> Acesso em: 13 de Jan de 2018.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Nov. 2016.

CAMACHO, A. C.L.F. et al. Validação de cartilha informativa sobre idoso demenciado pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem: estudo observacional-transversal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S.I.], v. 6, n. 1, p. 8-16, jan, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-25375> > Acesso em : 13 de Jan de 2018.

CAMARGO, R. C.V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 231-254, ago. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

CARMO, F.J; BATISTA, E.C. Impacto físico, emocional e social em cuidador familiar da pessoa em tratamento psiquiátrico. **Revista Espaço Acadêmico**, Paraná, v.17, n. 197, out.2017. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/37160/20803>> Acesso em: 03 fev. 2018.

CARVALHO, D. P. et al . Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 450-458, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200450&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

CESARIO, V. A. C. et al. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 171-182, Mar. 2017. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

CHAIMOWICZ, F; BARCELOS, E.M; MADUREIRA, M. D. S; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte, Minas Gerais: NESCON UFMG, 2013.

CHAYAMITI, E. M. P. C; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

CLOSS, V. E. et al., Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health Care. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 38, n. 1, p. 9-18, Jan.-June, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/26327>> Acesso em: 20 Nov. 2016

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

CÓRDOBA, A. M. C; APARICIO, M. J. G. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. **Pensam. psicol.**, Cali, v. 12, n. 1, p. 149-167, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

COSTA, A.G.S. et al. Diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 753-758, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

COSTA, T. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0245-0252, Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200245&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

COUTO, A.M; CASTRO, E. A.B; CALDAS, C.P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliary. **Rev Rene**. Fortaleza, n.17, v.1, p.76-85. jan-fev; 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=324044160011>>. Acesso em: 29 Jan. 2018

CUSTODIO, N et al. Informal caregiver burden in middle-income countries Results from Memory Centers in Lima - Peru. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 376-383, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642014000400376&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

DANCEY, C. P. **Estatística sem matemática para a psicologia**. Porto Alegre: Penso, 2013.

DANTAS, T.M. et al., Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.28, n.3, p. 411-417, jul./set., 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3567>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

DELALIBERA, M. et al . Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902731&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

DE VALLE-ALONSO, M. J. et al., Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. **Enfermería Universitaria**, [S.I], v.12, n.1, p.19-27, Jan/Mar., 2015. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-sobrecarga-burnout-cuidadores-informales-del-S1665706315000184>>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

DUARTE, Y. A. O, ANDRADE, C. L, LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.2, p. 317-325, Jun . 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

DUIM, E. et al . Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 51-57, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700051&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

DUGGLEBY, W. et al. Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S.I], 2016. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0486-7>> Acesso em: 13 de Jan de 2018.

FALLER, J. W. et al. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 22-30, Feb. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Feb. 2018.

FERNANDES, M. G. M; GARCIA, T. R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 11, n.3, p.469-76, Set. 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3v11n3a02.htm>>. Acesso em: 06 Jul. 2016.

FERNANDES, B. C. W et al. Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 151-158, Mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 675-682, Aug. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400675&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. da S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 398-409, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 10, n.4, p. 278-84, jul.-ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3045.pdf>>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

FERRER, A. et al. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. **Atención primaria.** [S.I.], v. 46, n.9, p. 475-482, Nov.2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000675>>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

FIGUEIREDO, M. do L. F. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 464-469, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 20 Nov. 2016.

FOGAÇA, N.J; CARVALHO, M.M; MONTEFUSCO, S.R.A. Percepções e sentimentos do familiar/cuidador expressos diante doente em internação domiciliar. *Ver. Rene*, Fortaleza, v. 16, n. 6, p:848-55, nov-dez. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2875/2237>> Acesso em: 03 fev. 2018.

FOLSTEIN, M.F; FOLSTEIN, S. E; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.** v.12, n.3, p:189-98, Nov. 1975. Disponível em: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956\(75\)90026-6/pdf](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956(75)90026-6/pdf).

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 727-743, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

FORNES, A. P.C. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes?. **ÍCONOS Revista de Ciencias Sociales.** Equador, n.5, p.111-27, Set. 2014. Disponível em: <<http://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/1432>>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

FREITAS, I. B. A; MENEGHEL, S. N; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 301-310, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

FREITAS, I. B. A.; MENEGHEL, S.N. Artefatos de cuidado como expressão de poder. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 358-364, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

FUHRMANN, A. C. et al. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 14-20, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

GANAPATHY V et al. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. **Clin Interv Aging**. [S.I.], v. 6, n.10, p.1793-802, Nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26609225>>. Acesso em : 02 de Nov. de 2017.

GITLIN, L.N. et al., Correlates of Quality of Life for Individuals with Dementia Living at Home: The Role of Home Environment, Caregiver, and Patient-related Characteristics. **Am J Geriatr Psychiatry**. [S.I.], v. 22, n.6, P. 587-97, Jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23890928> > Acesso em : 29 Jan. 2018.

GONÇALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

GÖTZE, H et al. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. **Supportive Care in Cancer**., [S.I.], v. 22, n.10, p. 2775-82, Out. 2014. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-014-2257-5>>. Acesso em: 09 Jul. 2016

GRATAO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

HAJEK, A; KÖNIG, H. H. Informal Caregiving and Subjective Well-Being: Evidence of a Population-Based Longitudinal Study of Older Adults in Germany. **J Am Med Dir Assoc**. [S.I.], v.17, n.4, p. 300-5, Abr. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861015006659>>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2013>> Acesso em: 10 maio 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Sistema de Metainformação. Portugal, 2014. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=8064&lang=PT>. Acesso em: 04 de Junho de 2017

KUO, L.M. A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. **Int J Geriatr Psychiatry**. [S.I.], v. 28, n.5, p.504-13, Jul, 2012. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22778053>> Acesso em: 13 de Jan de 2018.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Nov. 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

LOUREIRO, L. S. N. et al . Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1129-1136, Out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

LOUREIRO, L. S. N. et al . Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 227-232, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan de 2018.

LOURENCO, R. A; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Setembro de 2016.

MAIA, S.D.B. O bem-estar dos pais cuidadores de filhos adultos portadores de deficiência. Dissertação. Lisboa-Portugal, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2743>> Acesso em: 03 de Fev 2018.

MALAGUTTI, W; BERGO, A. M.. A. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010.

MARQUES, S. Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral. Interações: Sociedade e as novas modernidades, [S.l.], n. 9, out. 2005. ISSN 0873-0725. Disponível em: <<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/171/175>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

MARQUES-VIEIRA, C. M. A. et al. O diagnóstico de enfermagem “Deambulação Prejudicada” nos pacientes idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, n.36., v.1, p.104-11, mar. 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48602>>. Acesso em: 02 de Novembro de 2017.

MARTINS, T. RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 4, n. 1, p. 131-148, jul. 2003. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11064/1/84166.pdf>> Acesso em: Acesso em: 30 de Setembro de 2016

MARTINS, T.. RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. **Rev. Referência**. Coimbra, n. 11, 2004. Disponível em: <http://193.137.135.181/Opac/Pages/Search/Results.aspx?Database=10037_GERAL&SearchText=AS S=%22Question% C3% A1rio% 20de% 20avalia% C3% A7% C3% A3o% 20da% 20sobrecarga% 20para% 20cuidadores% 20informais% 22> Acessa em: 30 de Setembro de 2016.

- MARTINS, T. et al . Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0236-0244, Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200236&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.
- MCKECHNIE, V.; BARKER, C.; STOTT, J. The Effectiveness of an Internet Support Forum for Carers of People With Dementia: A Pre-Post Cohort Study. **J Med Internet Res.** [S.I], v. 16, n.2, Feb, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24583789>>. Acesso em: 13 de Jan de 2018.
- MCLENNON, S.M. Task Difficulty and Life Changes Among Stroke Family Caregivers: Relationship to Depressive Symptoms. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.** [S.I], v. 95, N.12, P. 2484-90, May, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24858447> > Acesso em: 13 de Jan de 2018.
- MEDRANO et al., Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. **Dement Neuropsychol** . [S.I], v. 8, n.4, p. 384-388. Dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642014000400384 Acesso em: 29 Jan. 2018.
- MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MELO, N. C. V. et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 139-151, 2016. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403844773013_5> Acesso em: 01 de Out. 2016.
- MIRANDA-CASTILLO, C; WOODS, B; ORREL, M. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. **BMC Health Services Research** , [S.I], p. 13-43, Fev.2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/43>. Acesso em: 23 de Abril de 2018.
- MONTEIRO, E. A. Validação do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal em uma amostra de cuidadores brasileiros. **Tese**. Ribeirão Preto – USP, 2014. Disponível em:< http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052014-154833/pt-br.php?TB_iframe=true&width=921.6&height=921.6>. Acesso em: 30 de Set. 2016.
- MONTEIRO, E. A; MAZIN, S. C; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 421-428, Jun. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Setembro de 2016.
- MONTEIRO, G. R. S.S. et al . Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. **Aquichán**, Bogotá, v. 16, n. 4, p. 487-500, Out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000400487&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.
- MORAIS, E. N; MARINO, M.C.A; SANTOS,R.R Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med Minas Gerais**, [S.I], v. 20, n.1, Set.2010. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf. Acesso em: 04 Jun. 2017.
- MORAES, G. L. A et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 7-12, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

MOREIRA, R. P; ARAÚJO, T. L. PAGLIUCA, L. M. F. Limitação da mobilidade física em pacientes após o acidente vascular encefálico no domicílio: proposta de um conceito. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 920-8, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3619/2860>>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2018.

MORTAZAVI, H; PEYROVI, H; JOOLAEI, S. How Do Family Caregivers of Older People Give Up Caregiving?. **Int J Community Based Nurs Midwifery**, [S.I.] v.3, n.3, p.187-97, Jul.2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26171407>>VIA. Acesso em: 02 de Nov. de 2017

MOSQUEIRA, I. et al., Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. **Qual Life Res.**, [S.I.], v.25, n.5, p.1059-1092, Oct 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26475138>>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

MOTA, F. R. N. et al. Adaptação transcultural do Caregiver Reaction Assessment para uso no Brasil com cuidadores informais de idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 424-431, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300424&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

MUNIZ, E. A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300172&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, Set-Out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000501096&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 17 de Out. 2017

NASCIMENTO, A. R. A. et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

NERI, A. L. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. In: _____. *Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice*. São Paulo: Editora Alínea, 2013.

NERI, A.L (org.). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, São Paulo: editora Alínea, 2008.

NOGUEIRA, P. C. et al. Caregivers of individuals with spinal cord injury: caregiver burden. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 607-614, Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300607&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

OLAI, L.; BORGQUIST, L.; SVÄRDSUDD, K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. **Ups J Med Sci**. [S.I.], v.120, n.4, p.290-8. Jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26074171>>. Acesso em: 02 de Nov. de 2017.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

OLIVEIRA, S. G. et al. O enfrentamento da terminalidade pelos cuidadores familiares durante a internação domiciliar. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 460-9, 2013. Disponível: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3413>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M. A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 163-174, Fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 18, n.4, p. 468-75, jul-ago, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20227>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

OMS. **Resumo:** Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-736, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

PEREIRA, N et al. Mini-Exame do Estado Mental na avaliação neuropsicológica pós-TCE: aplicabilidades. **Diaphora**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 58-63, Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/72>>. Acesso em: 30 de Setembro de 2016.

PEREIRA, M. J. S. B. FILGUEIRAS, M.S. T. A Dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. **Rev. APS**, Minas Gerais, v. 12, n.1, p.72-82, Jan./Mar. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/174>>. Acesso em: 24 Nov. 2016.

PEREIRA, M.F.C. Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Dissertação. Porto-Portugal, 2011. Disponível em:< <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7152>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

PEREIRA, R. A. et al . Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, Feb. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

PEREIRA, L. C. et al . Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 112-118, Fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100112&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

PEREZ, M; LOURENCO, R. A. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1381-1391, Jul.

2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

PESSOA, E. F. R.; ROCHA, J. G. S. C.; BEZERRA, S. M. G; Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem.

Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.1, p.14-18, Jan-Fev-Mar. 2011. Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p2_v4n1.pdf> Acesso em: 29 Jan. 2018.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

PIAUI, **História de Teresina**. Brasil: SEPLAM, 2015. Disponível em:<

<http://semplan.teresina.pi.gov.br/historia-de-teresina/>>. Acesso em: 06 Dez. 2017.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, Oct. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 213-220, Fev. 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

PINHEIRO, P.A. et al . Desempenho motor de idosos do Nordeste brasileiro: diferenças entre idade e sexo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 128-136, Fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

POCINHO, R. et al. Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Revista Educación y Humanismo*, Portugal, v. 19, n.32, p. 88-101, Jan/Jun. 2017. Disponível em:

<<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/educacion/article/view/2533/2792>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 66, n. 2, p. 228-233, Abr. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

PRUDENTE, C. O. M.; RIBEIRO, M. F. M.; PORTO, C. C. Qualidade de vida de cuidadores familiares de adultos com lesão medular: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 123-134, Jan. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan.

PUCHIA, C.; JARA, P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. **Enfermería Universitaria**, [S.I], v.12. n.4, p.219-225, Dez. 2015. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000597>>esso>. Acesso em: 20 de Set 2016.

RAMOS, B.M. Culture, Ethnicity, and Caregiver Stress Among Puerto Ricans.

Journal of Applied Gerontology. [S.I.], v.23, n.4, 2004. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0733464804271281#articleCitationDownloadContainer> Acesso em: 03 fev. 2018.

RICO-BLÁZQUEZ et al. CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: cluster-randomized clinical trial. **BMC Nurs**. [S.I.], v.13, n.2, Jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3915556/>. Acesso em: 03 Feb. 2018.

RIBEIRO, D. K. M. N. et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 89-96, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103165>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ROCHA, A. C. A. L.; CIOSAK, S. I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 87-93, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800087&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

RODRIGUES, S. L. A; WATANABE, H. A. W; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, A. M. et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. **Aten Primaria**. [S.I.], v.40, n.3, p.156-65, Jul. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301962>>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

RUIZ, M, A. V. et al. Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. **Eur. J. investig. health psychol. Educa**, [S.I.], v. 4, n. 2, p. 151-160, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307850729_Cansancio_cuidados_y_repercusiones_en_cuidadores_informales_de_adultos_mayores_con_enfermedades_cronico_degenerativas. Acesso em: 02 de Nov. de 2017.

SAKAKIBARA, K.; KABAYAMA, M; ITO, M. Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. **BMC Res Notes**, [S.I.], v.8, Dez. 2015. Disponível em:< <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1829-x>> Acesso em: Acesso em: 03 Feb. 2018.

SAKASHITA, V. M. M; NASCIMENTO, M. L. Úlcera por pressão em idosos: a importância do manejo nutricional no tratamento. **Geriatr Gerontol Aging**. Rio de Janeiro, v.5, n. 4, p.253-260,2011. Disponível em: < <http://ggaging.com/how-to-cite/230/pt-BR>> Acesso em: 03 fev. 2018.

SALES, C. A. et al. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 12, n. 4, p. 616-21, 2010. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a04.pdf>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

SANTANA, W. S. et al., Prevalência de Úlcera por Pressão em Idosos com Imobilidade Prolongada em Domicílio. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 12, n. 4, 2014. Disponível em: < <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/97>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

SANTANA, I. Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. **Acta Med Port**, Portugal, v. 28, n.2, p.182-188, Mar-Abr. 2015. Disponível em: < <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9884>> Acesso em: 29 Jan. 2018.

SANTOS, A. A. dos; PAVARINI, S. C. L. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1141-1147, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 25 Nov. 2016.

SANTOS, E. B. et al. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 797-803, Out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500797&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

SARABIA-COBO, C. M. Heart coherence: a new tool in the management of stress on professionals and family caregivers of patients with dementia. **Appl Psychophysiol Biofeedback**. [S.I], v.40, n.2, p.75-83, Jun, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25796509>>. Acesso em: 02 de Nov. de 2017.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

SEIMA, M. D; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 233-240, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200233&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

SILVA, E. M. et al. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 46, n.º ¾, Jul/Dez. 1993. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671993000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

SILVA, L.W. S. et al. A família na convivibilidade com o idoso acamado no domicílio. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.I.], v. 14, p. 75-87, ago. 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6488>>. Acesso em: 29 jan. 2018

SILVA, R. C. A; MONTEIRO, G. L; SANTOS, A.G. O Enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. **Rev. de Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 45, p. 114-120, jul. 2015. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/index. Acesso em: 29 Jan de 2018.

SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 42-48, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300042&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

SOUZA, L. R. et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200140&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2018.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 678-685, Jun 2013. Disponível em: > <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300678&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

TIWARI, A. et al. Self-administered acupuncture for symptom management among Chinese family caregivers with caregiver stress: a randomized, wait-list controlled trial. **BMC Complement Altern**

Med. [S.I], v. 16, n.1, p.424, Out. 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27793197>> Acesso em: 13 de Jan de 2018.

VALLE-ALONSO, M. J. De et al. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor.

Enfermería Universitaria, [S.I], v.12. n.1, p.19-27, Maz. 2015. Disponible:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-sobrecarga-burnout-cuidadores-informales-del-S1665706315000184>. Acesso em 20 Set. 2016.

VERAS, R. P et al., Demented elderly people living at home in Rio de Janeiro, Brazil: Evaluation of expenditure on care. **PSYCHOGERIATRICS**, [S.I], v.8, n. 2, p. 88–95, Jun. 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-8301.2008.00237.x/abstract>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

VIANA, R. A. S. et al. Perfil socioepidemiológico de clientes com limitação de mobilidade e seus cuidadores. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 439-445, out.-dez. 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27874&indexSearch=ID>>.

Acesso em: 20 Set 2016.

WACHHOLZ, P. A; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, Set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.

WEHBE et al., Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p.1043-1049.

Nov./Dez.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600018&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 Nov. 2016.

WENDT, C. J. K. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 3, p. 406-413, Jun. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300406&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

YAMASHITA, C. H. et al. Association between social support and the profiles of family caregivers of patients with disability and dependence. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1359-1366, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601359&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

YAMASHITA, C. H. et al. Rede social de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 95-101, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700095&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2018.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – CUIDADORES DE IDOSOS PARTICIPANTES**

**Sub-projeto: SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS**

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Departamento de Enfermagem

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Pesquisadora Colaboradora: Polyana Norberta Mendes

Telefone para Contato: (89) 99924-9228

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) à participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar com a participação na mesma é muito importante que o(a) Sr.(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento referentes ao estudo. Dessa forma, os pesquisadores procurarão responder a todas as suas dúvidas. Aliás, o(a) Sr.(a) deve estar consciente de que mesmo aceitando participar, tem o direito de desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os direitos assegurados pelos aspectos éticos da pesquisa. E após o(a) Sr.(a) está esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, e receba a sua via, pois o mesmo será emitido em duas vias, uma é de sua posse e a outra é de posse do pesquisador responsável. Todavia, em caso de recusa, o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

Objetivo do Estudo: Analisar a sobrecarga física, emocional e social e fatores relacionados do cuidador informal de idosos acamados em domicílio assistidos pela Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Teresina-PI.

Procedimentos do Estudo: O pesquisador responsável realizará uma entrevista estruturada com você, cuidador de idosos para avaliar perfil, características clínicas e sobrecarga relacionada ao cuidar do idoso acamado no domicílio.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, visando fornecer subsídios para o planejamento de políticas públicas para a pessoa idosa e seus respectivos cuidadores, voltadas à realidade local, sem perder de vista as tendências observadas na atualidade. Servirá ainda como base para elaboração de programas de promoção de saúde e envelhecimento ativo e para o apoio ao cuidador informal.

Riscos: A participação nessa pesquisa representará para o senhor um risco de ordem pessoal, ao poder causar desconforto e constrangimento em alguns questionamentos, que serão evitados e minimizados por meio da afirmação de que todas as informações colhidas e utilizadas pelo estudo serão explanados de modo científico, com preservação das identidades transcritas e pelo seguro armazenamento do material.

Sigilo: As informações fornecidas terão a privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, já que os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Consentimento da Participação

Eu, _____, RG nº _____ li o texto acima e compreendi a natureza, objetivo e benefícios do estudo no qual fui convidado(a) a participar. Entendi que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. E recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do Interlocutor da Pesquisa

Testemunhas (Não ligadas aos Pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro ainda que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina – PI, ____ de _____ de _____.



Assinatura do Pesquisador Responsável

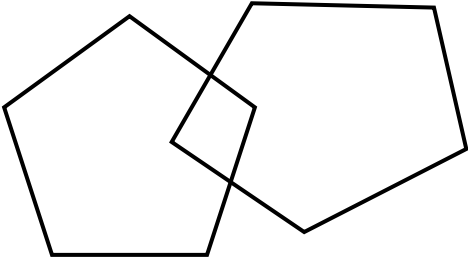
Assinatura do Pesquisador Colaborador

Observações Complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI/Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ - Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 – Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332, web: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

___/ 5 pontos	Em que ano, mês, dia/data e dia/semana estamos, hora aproximada?
___/ 5 pontos	Em que local específico (sala, quarto, cozinha), local geral (residência), bairro ou rua próxima, cidade e estado estamos?
Memória Imediata	
___/ 3 pontos	REPITA AS PALAVRAS: VASO, CARRO, TIJOLO
Atenção e Cálculo	
___/ 5 pontos	Subtrair: 100-7, 93-7, 66-7, 79-7, 72-7, 65 (5 tentativas: 93-86-79-72-65) Alternativamente solete MUNDO de trás para frente
Memória de Evocação	
___/ 3 pontos	Repita as palavras ditas anteriormente (vaso, carro, tijolo)
Linguagem	
___/ 2 pontos	Nomear relógio e caneta
___/ 1 ponto	Repetir deve ser perfeita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”
___/ 3 pontos	Siga as instruções: “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”.
___/ 1 ponto	Ler e executar a ordem: “Feche os olhos”
___/ 1 ponto	Escreva uma frase
___/ 1 ponto	<p align="center">Copie o desenho</p> 
TOTAL: _____ / 30 pontos	

Fonte: Bertulocci et al., 1994

ESCOLARIDADE	PONTUAÇÃO
Analfabeto	13 pontos
1 a 4 anos incompletos	18 pontos
4 a 8 anos incompletos	18 pontos
8 ou mais anos	26 pontos

**ANEXO B – ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO
SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO IDOSO ACAMADO**

ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO IDOSO	
Unidade de saúde: _____	Data da entrevista ____/____/____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	
CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO IDOSO ACAMADO	
<p>1. Idade: _____ (anos e meses)</p> <p>2. DN: ____/____/____</p> <p>3. Sexo: 1 () masculino 2 () feminino</p> <p>4. Escolaridade em anos</p> <p>1 () Não alfabetizado 2 () Sabe ler/ escrever informal 3 () 1 a 4 anos</p> <p>4 () 5 a 8 anos 5 () 9 a 12 anos 6 () 13 ou mais</p> <p>5. Quantas pessoas residem no domicílio com o idoso (incluindo o idoso)? _____</p> <p>6. Com quem o idoso reside:</p> <p>1 () sozinho 2 () somente com o cônjuge 3 () somente com o (os) filho(s)</p> <p>4 () cônjuge e filhos 5 () somente com os netos (sem filhos) 6 () com filhos e netos</p> <p>7 () com familiares 8 () com não familiares. Especificar _____</p> <p>7. Possui cuidador: () sim () não</p>	
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO IDOSO ACAMADO	
<p>8. O idoso apresenta alguma doença/problema de saúde (comorbidades)?</p> <p>1 () sim 2 () não. Se sim, qual? _____</p> <p>9. Quais medicações o idoso faz uso?</p> <p>_____</p> <p>10. O idoso faz uso de curativos:</p> <p>1 () sim 2 () não. Se sim, qual a frequência de trocas por semana: _____</p> <p>11. O idoso faz uso de dieta enteral por SNE ou gastrostomia: 1 () sim 2 () não. Se sim, quem prepara a dieta?</p> <p>1. () É comprada 2. () A família</p> <p>12. Faz uso de oxigenoterapia: 1 () sim 2 () não</p> <p>13. Faz uso de traqueostomia: 1 () sim 2 () não. Se sim, Aspira quantas vezes ao dia: _____</p> <p>14. Faz uso de sonda vesical de demora: 1 () sim 2 () não</p> <p>15. Faz uso de sonda vesical de alívio: 1 () sim 2 () não</p> <p>16. O idoso tem dificuldades para Ouvir: 1 () sim 2 () não</p> <p>17. O idoso tem dificuldades para Falar: 1 () sim 2 () não</p> <p>18. O idoso tem dificuldades para Mastigar: 1 () sim 2 () não</p> <p>19. O idoso tem dificuldades para Engolir: 1 () sim 2 () não</p>	

ANEXO C – ESCALA DE FUNCIONALIDADE

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA/INDEXO
INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING DE KATZ (ORIGINAL)

Nome: _____ Data da avaliação: __/__/____		
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho- a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberam algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo <input type="checkbox"/>
Vestir- para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido <input type="checkbox"/>
Banheiro - a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que usam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã). <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar <input type="checkbox"/>
Transferência- a função transferência é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador). <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama <input type="checkbox"/>

Continência- refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente.		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar <input type="checkbox"/>	Tem “acidentes” ocasionais* *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>
Alimentação- relaciona-se ao fato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são consideradas dependentes.		
Alimenta-se sem assistência <input type="checkbox"/>	Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral <input type="checkbox"/>

Fonte: Katz, 1963 (BRASIL, 2006)

Index de AVDs (Katz)	TIPO DE CLASSIFICAÇÃO
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

**ANEXO D – ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO CUIDADOR E CARACTERIZAÇÃO DOS
CUIDADOS**

ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO CUIDADOR E CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS	
Unidade de saúde: _____	Data da entrevista ____/____/____.
Nome do(a) entrevistador(a): _____	
CARACTERIZAÇÃO SOCIOEDEMOGRÁFICA DO CUIDADOR	
1. Idade: _____ (anos e meses) 2. DN: ____/____/____ 3. Sexo: 1 () masculino 2 () feminino 4. Escolaridade 1 () Não alfabetizado 2 () Sabe ler /escrever informal 3 () Anos de estudo _____ 5. Estado civil 1 – () Solteiro (a) 2 – () Casado (a) 3 – () Separado (a)/Divorciado (a)/Desquitado (a) 4 – () Viúvo (a) 5 – () União estável 99- () dado perdido 6. Renda do cuidador: _____ 7. Grau de parentesco do idoso: 1 () esposo(a) 2 () filho (a) 3 () irmão (ã) 4 () neto(a) 5 () genro (nora) 6 () cunhado (a) 7 () Outro, especificar _____ 8. Reside com o idoso 1 () Sim 2 () Não. Se não, por quê? _____ 9. Ocupação/ Atividade principal: _____	
CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO REALIZADO PELO CUIDADOR	
17. Há quanto tempo é cuidador (em anos)? _____ 18. Tempo dedicado ao idoso 18 a) Quantos dias da semana dedica para cuidar do idoso de 2ª a 6ª feira? _____ 18b) Quantos dias no final de semana dedica para cuidar do idoso sábado e domingo? _____ 18c) Quantas horas da semana dedica para cuidar do idoso de 2ª a 6ª feira? _____ 18d) Quantas horas no final de semana dedica para cuidar do idoso sábado e domingo? _____ 19. Conta com a ajuda de alguém para cuidar do idoso? 0 () não 1 () às vezes 2 () sempre/quase sempre 99 () dado perdido 19a) higiene corporal () 19b) higiene oral () 19c) eliminações () 19d) cuidados com a pele () 19e) alimentação () 19f) medicação () 19g) sono e repouso () 19h) atividade física () 19i) lazer () 19j) serviço de fisioterapia () 19l) retorno as consultas () 19m) outro: _____ ()	
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO CUIDADOR	
10. O cuidador apresenta alguma doença/problema de saúde (comorbidades)? 1 () sim 2 () Não. Se sim, qual? _____ 11. Quais medicações o cuidador faz uso? _____ 12. O cuidador sente dores no corpo? 1 () Sim 2 () Não. Se sim, qual o local? () coluna () pernas () braços () outras partes: _____ 13. Essas dores surgiram após o idoso ficar acamado? 1 () Sim 2 () Não 14: A dor permanece após a realização dos cuidados ao idoso? 1 () Sim 2 () Não 15. O cuidador sentiu modificações no corpo e na saúde após as atividades como cuidador? 1 () Sim 2 () Não 16. Como o cuidador considera sua saúde? () Boa () Regular () Ruim	

**ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL (QASCI)**

Nas últimas 4 semanas	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase	Sempre
Sobrecarga Emocional					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
Implicações na Vida Pessoal					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido as necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
Sobrecarga Financeira					
16. Tem sentido dificuldades económicas (financeira) por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
Reações a Exigências					
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5

19. Já se sentiu envergonhada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada (usada)(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
Mecanismo de Eficácia e de Controle					
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Suporte Familiar					
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
Satisfação com o Papel e com o Familiar					
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está fazendo por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz por ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar cuidando dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo aumentado a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

Fonte: MonteiroDE *et al*, 2015

ANEXO F –AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)



Edilene Monteiro <edileneam06@gmail.com>

sex 16/09/2016 03:18

Para: Professora Livramento (liff@ufpi.edu.br)

Cc: Polyana Norberta (polyananorberta@hotmail.com) ↗



Responder | ▾



Autorização do QASCI - ...
30 KB

Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Prezada Profª Drª Maria do Livramento,

É com prazer que autorizamos a aplicação do QASCI em uma amostra de cuidadores de idosos acamados. Consideramos de grande importância o referido estudo e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Segue meus contatos: email: edileneam06@gmail.com; Whatsapp: (083) 99626 - 3028; (083) 98874 - 7164; (083) 3216 - 7229 (DESC/UFPB).

Atenciosamente,

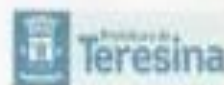
Profª Drª Edilene Araújo Monteiro

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal da Paraíba

ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TERESINA, PIAUÍ



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS NO DOMICÍLIO" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

Autorizo as pesquisadoras MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO, POLYANA NORBERTA MENDES, MARIANA LUSTOSA DE CARVALHO E LUANA RUTH BRAGA CAMPOS acesso as Unidades Básicas de Saúde para selecionar a amostra do estudo.

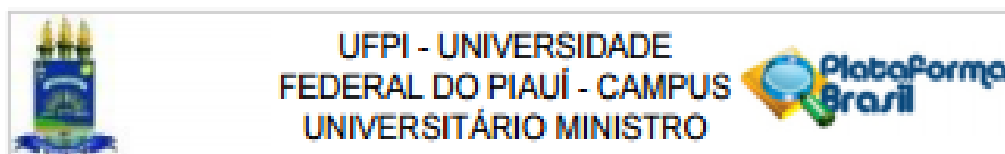
Teresina, 11 de janeiro de 2016.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Diretor de Atenção Básica
CEM/FMS

ANEXO H- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ACAMADOS NO DOMICÍLIO

Pesquisador: MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64483317.7.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.971.805

Apresentação do Projeto:

O aumento da longevidade humana vem fomentar desafios diversos para o governo e comunidade em garantir o estado de bem estar físico, social e de direito do idoso e sua família. Configura-se entre os desafios, a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores de idosos dependentes. Neste sentido será desenvolvido um estudo do tipo analítico e de delineamento transversal nos domicílios dos idosos acamados cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região Centro/Norte, zona urbana do município de Teresina.

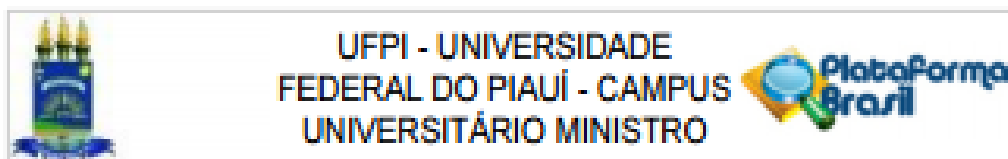
Objetivo da Pesquisa:

Objetiva-se analisar a sobrecarga física, emocional e social e fatores relacionados do cuidador informal de idosos acamados em domicílio assistidos pela Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Teresina-PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos oferecidos pelo presente estudo versam sobre o constrangimento no ato da entrevista, pois os participantes necessitarão fornecer informações pessoais. Para minimizar essa dificuldade as entrevistas serão realizadas nos domicílios, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas. Através dos dados obtidos, busca-se subsidiar medidas de promoção da saúde e prevenção de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cepufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.971.666

outros agravos aos idosos e seus cuidadores, além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes para realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui mérito científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos encontram-se em consonância com a resolução vigente e com as exigências do CEP/CONEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta pendências e está apto a ser desenvolvido.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P OBJETO_861820.pdf	07/02/2017 13:04:11		Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	07/02/2017 13:03:50	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/02/2017 13:03:24	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/02/2017 00:58:29	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	cv.pdf	02/02/2017 18:16:20	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	02/02/2017 18:13:59	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-3332 E-mail: cep@ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Coordenação de Eventos - 1.071.001

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	02/02/2017 18:03:39	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Acerto
Orçamento	ocamento.pdf	02/02/2017 17:59:09	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Acerto
Declaração de Instituição e Instituidora	coparticipante.pdf	02/02/2017 17:57:50	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Acerto
Declaração de Pesquisadora	pesquisadora.pdf	02/02/2017 17:56:33	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Acerto
Outros	carta.pdf	02/02/2017 17:54:34	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Acerto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/02/2017 17:51:35	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 20 de Março de 2017

Assinado por:

Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Pavão PROCESO Nº 01/2017

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br