

Análise da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos assistidos pela atenção domiciliar

Analysis of the quality of life and burden of family caregivers of elderly people assisted by home care

Análisis de la calidad de vida y sobrecarga de cuidadores familiares de ancianos asistidos por cuidados domiciliarios

Recebido: 08/08/2022 | Revisado: 19/08/2022 | Aceito: 20/08/2022 | Publicado: 29/08/2022

Jéssica de Aquino Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6563-2960>
Universidade Estadual de Campinas, Brasil
E-mail: jessica.aquino@gmail.com

Irene Duarte Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6389-5612>
Universidade Estadual de Campinas, Brasil
E-mail: ireneduartesouza@gmail.com

Jennifer Bazilio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4926-7625>
Universidade Estadual de Campinas, Brasil
E-mail: jenniferbazilio@gmail.com

Maura Cristiane e Silva Figueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9236-8299>
Universidade Estadual de Campinas, Brasil
E-mail: mauracsf@gmail.com

Eliete Maria Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7549-2677>
Universidade Estadual de Campinas, Brasil
E-mail: emsilva@unicamp.br

Resumo

Objetivo: analisar as variáveis que repercutem na piora da qualidade de vida e no aumento da sobrecarga entre cuidadores familiares de idosos dependentes assistidos por um serviço de atenção domiciliar público. Metodologia: estudo transversal, quantitativo, realizado com 143 cuidadores familiares de idosos, entre setembro de 2017 e agosto de 2019. A coleta e análise dos dados ocorreu por meio de questionário sociodemográfico, econômico e clínico, e das escalas Zarit Burden Interview (sobrecarga) e World Health Organization Quality of Life-BREF (qualidade de vida). Realizou-se análise descritiva, bem como de comparação. Resultados: A maioria eram mulheres (87,4%), com sobrecarga moderada (41,8%) ou de moderada a severa (35,0%), qualidade de vida mediana, doentes (68,5%), com dores frequentes (52,4%), que utilizavam medicações contínuas (61,5%), inclusive analgésicos (55,2%) e ansiolíticos/antidepressivos (25,2%), com problemas de sono (76,9%), deambulação (37,8%) e financeiros (35,7%), que não realizavam atividades físicas (81,8%) e de lazer (76,9%) e possuíam pouco apoio social. Nos testes de comparação foi evidenciado como essas variáveis repercutiram na diminuição da qualidade de vida física, emocional, social e ambiental, e no aumento da sobrecarga. Conclusão: É imprescindível um olhar atento às necessidades físicas, psicológicas, sociais e ambientais dos cuidadores familiares, para traçar estratégias que visem o envolvimento dos demais membros da família, sociedade, serviços de saúde e poder público para inclusão dos cuidadores familiares no plano de cuidados.

Palavras-chave: Determinação de necessidades de cuidados de saúde; Qualidade de vida; Cuidadores; Família; Serviços de saúde.

Abstract

Objective: to analyze the variables that affect the worsening of the quality of life and the increase in the burden among family caregivers of dependent elderly people assisted by a public home care service. Methodology: a cross-sectional, quantitative study carried out with 143 family caregivers of the elderly, between September 2017 and August 2019. Data collection and analysis took place using a sociodemographic, economic and clinical questionnaire, and the Zarit Burden Interview (overload) and World Health Organization Quality of Life-BREF (quality of life) scales. Descriptive analysis was performed, as well as comparison statistics. Results: Most were women (87.4%), with

moderate burden (41.8%) or moderate to severe (35.0%), average quality of life, sick (68.5%), with frequent pain (52.4%), who used continuous medication (61.5%), including analgesics (55.2%) and anxiolytics/antidepressants (25.2%), with sleep problems (76.9%), walking (37.8%) and financial (35.7%), who did not perform physical activities (81.8%) and leisure activities (76.9%) and had little social support. In the comparison tests, it was evidenced how these variables had an impact on a decrease in physical, emotional, social and environmental quality of life, and on an increase in overload. Conclusion: It is essential to pay close attention to the physical, psychological, social and environmental needs of family caregivers, to devise strategies that aim to involve other family members, society, health services and public authorities for the inclusion of family caregivers in the care plan.

Keywords: Needs assessment; Quality of life; Caregivers; Family; Health services.

Resumen

Objetivo: analizar las variables que inciden en el empeoramiento de la calidad de vida y el aumento de la sobrecarga entre los cuidadores familiares de ancianos dependientes atendidos por un servicio público de atención domiciliaria. Metodología: estudio transversal, cuantitativo, realizado con 143 cuidadores familiares de ancianos, entre septiembre de 2017 y agosto de 2019. La recolección y el análisis de datos se realizaron mediante un cuestionario sociodemográfico, económico y clínico, y las escalas Zarit Burden Interview (overload) y World Health Organization Quality of Life-BREF (quality of life). Se realizó análisis descriptivo y estadístico de comparación. Resultados: La mayoría eran mujeres (87,4%), con carga moderada (41,8%) o moderada a severa (35,0%), calidad de vida media, enfermas (68,5%), con dolor frecuente (52,4%), que usaban medicación continua (61,5%), incluyendo analgésicos (55,2%) y ansiolíticos/antidepresivos (25,2%), con problemas de sueño (76,9%), de la marcha (37,8%) y económicos (35,7%), que no realizaban actividades físicas (81,8%) y de ocio actividades (76,9%) y tenía poco apoyo social. En las pruebas de comparación se evidenció cómo estas variables incidieron en la disminución de la calidad de vida física, emocional, social y ambiental, y en el aumento de la sobrecarga. Conclusión: Es fundamental prestar mucha atención a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y ambientales de los cuidadores familiares, para diseñar estrategias que apunten a involucrar a otros familiares, sociedad, servicios de salud y autoridades públicas para la inclusión de los cuidadores familiares en el cuidado.

Palabras clave: Evaluación de necesidades; Calidad de vida; Cuidadores; Familia; Servicios de salud.

1. Introdução

O envelhecimento populacional vem acontecendo de forma progressiva em todos os países (Chibante, Santo & Aquino, 2015) principalmente devido ao aumento da longevidade, à queda dos índices de natalidade e da taxa de fecundidade (Anjos, et al., 2015). Este cenário traz novos desafios e realidades, surge a necessidade de planejamento de políticas públicas de saúde, discussões sobre conflitos intergeracionais, necessidades de treinamentos e educação de acadêmicos, profissionais e provedores de serviços especialistas em envelhecimento, planejamento urbano, trabalho social e multiprofissional. Estas ações devem ser focadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, refletindo nas necessidades de saúde, econômicas, psicológicas e sociais dos idosos, cuidadores e famílias (Torres-Gil, 2017).

As políticas públicas de envelhecimento têm de incorporar a ideia de que embora as pessoas estejam vivendo por mais tempo, nem todas estão desfrutando dessa longevidade ou necessariamente estão mais saudáveis (Torres-Gil, 2017). Pois, cada pessoa envelhece ao seu tempo e ao seu ritmo, influenciado por fatores externos, genéticos, fisiológicos e pelo estilo de vida (Dantas, et al., 2015). Apesar da velhice não ser sinônimo de adoecimento, existe uma associação com a dependência (Llano, et al., 2016), sendo, as doenças crônicas não transmissíveis as principais responsáveis pelo aumento do número de idosos dependentes (Miranda, et al., 2015).

O termo dependência está ligado ao conceito de "fragilidade" que pode ser observada em indivíduos que apresentam uma combinação de comorbidades e/ou limitações funcionais (Caldas, 2013). As doenças e as limitações dificultam o idoso de exercer as atividades de vida diária de forma autônoma e independente (Veras & Oliveira, 2016).

Embora seja obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público o auxílio ao idoso frágil (Miranda, et al., 2015), majoritariamente, o cuidado é assumido por apenas um cuidador familiar (Costa, et al., 2015). Neste artigo o cuidador familiar se refere a aquele cuidador, que assume as principais responsabilidades no domicílio e que passa a maior parte do tempo cuidando do idoso, majoritariamente de forma não remunerada. Essa experiência de cuidar de uma pessoa tem

sido apontada como uma tarefa que influencia negativamente a qualidade de vida (QV) e que contribui para o aparecimento de sobrecarga (SC) entre cuidadores familiares (Costa, et al., 2015; Couto, Castro & Caldas, 2016).

Há concordância entre os especialistas de que “qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995), bem como a combinação de problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros (Souza, et al., 2020). Ao se considerar a prolongada exposição da maioria dos cuidadores familiares à combinação desses problemas, é esperado o aumento da SC a medida que a QV diminui. No entanto, não é habitual na rotina assistencial em saúde, durante o atendimento de um idoso, o hábito de questionar o cuidador familiar, que geralmente está presente e o acompanha, sobre estes aspectos (Lino, et al., 2016).

Muitas vezes a atenção aos cuidadores familiares é negligenciada pelos profissionais (Pereira & Soares, 2015), por não reconhecerem que eles também necessitam de cuidados (Martínez, Cardona & Gómez-Ortega, 2016). O apoio ao cuidador familiar pode e deve ser disponibilizado pelos profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na atenção primária e no serviço de atenção domiciliar (SAD). Pois esses serviços permitem um acolhimento complementar e integral para o binômio idoso/cuidador familiar, contando com uma equipe multiprofissional, que trabalha na prevenção de agravos e promoção da saúde em domicílio (Dantas, et al., 2015), bem como na recuperação e reabilitação da saúde.

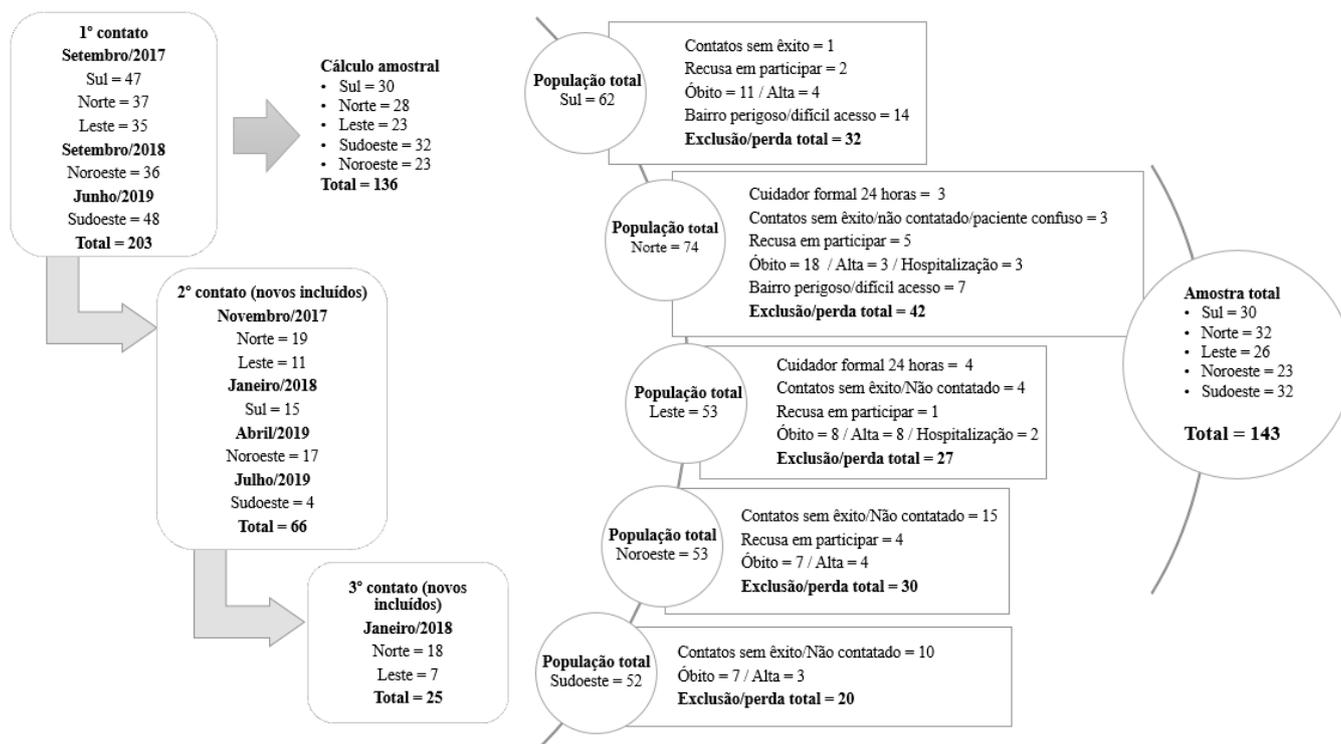
Reconhecendo que os cuidadores familiares compõem um grupo vulnerável (Pereira & Soares, 2015), há a necessidade de pesquisas que tragam visibilidade à complexa e desvalorizada realidade social dos cuidadores familiares, amplamente ignoradas perante políticas públicas numa coletividade em franco processo de envelhecimento, com doenças crônicas e necessidades de cuidado (Souza, Pereira & Silva, 2018). Este estudo teve como objetivo analisar as variáveis que repercutem na piora da qualidade de vida e no aumento da sobrecarga entre cuidadores familiares de idosos dependentes assistidos por um serviço de atenção domiciliar público.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com corte transversal, realizado com cuidadores familiares de idosos assistidos pelos SAD público do município de Campinas, São Paulo, Brasil. O município é composto por cinco distritos e quatro SAD que comportam sete equipes multiprofissionais de atenção à saúde e três equipes multiprofissionais de apoio.

O cálculo amostral teve como base uma margem de erro de 5,0% (erro = 0,05), com grau de confiabilidade de 95,0% ($\alpha = 0,05$ que fornece $z_{0,05/2} = 1,96$), considerando a proporção verdadeira como de 50,0% ($p = 0,50$). O tamanho da amostra foi calculado com base no total de pacientes idosos cadastrados no SAD, totalizando 203 idosos. O cálculo amostral, realizado por um estatístico, foi de 136 cuidadores familiares de idosos. Houve três contatos com os serviços para aumentar o número de pacientes acessíveis, conforme Figura 1.

Figura 1 - Etapas de definição dos cuidadores familiares incluídos no estudo. Campinas, São Paulo, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

As entrevistas foram realizadas com os cuidadores familiares entre setembro de 2017 e agosto de 2019. A amostra final acabou sendo de 143 cuidadores familiares, extrapolando o cálculo amostral, por conta de as entrevistas já terem sido previamente agendadas. O critério de inclusão dos sujeitos no estudo foram: 1) ser cuidador de idoso (≥ 60 anos) cadastrado nos referidos serviços; 2) ter idade igual ou superior a 18 anos; 3) ser o cuidador familiar e principal.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica do cuidador e do idoso, bem como as características do cuidado; índice de *Barthel*, índice de *Lawton-Brody*, escala *Zarit Burden Interview (ZBI)* e *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*. Todos os questionários foram respondidos exclusivamente pelos cuidadores familiares, devido ao grau de dependência dos idosos, o que impossibilitava os mesmos de responder aos questionários. Ou seja, apesar de alguns instrumentos serem com informações específicas dos idosos, foram os seus cuidadores familiares que responderam.

O índice de *Barthel* avalia a independência funcional e mobilidade. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho da pessoa em realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) em dez itens: alimentação, banho, higiene pessoal, vestuário, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso de vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação, e subir e/ou descer escadas. Em cada item, atribui-se ao paciente um escore, que pode ser 0 ou variar a cada 5 pontos e a pontuação final é a soma desses valores. Essa soma pode ser de zero a cem (0 a 100), sendo 100 a máxima independência, embora seus autores deixem claro que isso não significa que o indivíduo possa viver sozinho, sem ajuda (Minosso, et al., 2010). No final, somam-se os escores obtidos e se classifica o paciente em: independente (100 pontos), dependência leve (60 a 95 pontos), moderada (40 a 55 pontos), severa (20 a 35 pontos) ou totalmente dependente (< 20 pontos) (Loredo-Figueroa, et al., 2016).

O índice de *Lawton-Brody* mede a independência no que se refere à realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Possui 7 itens com pontuação que varia de 7 a 21, sendo que cada item apresenta três níveis diferentes de independência. Os itens são: usar telefone, realizar viagens, fazer compras, preparação das refeições, trabalho doméstico, uso de medicação e gerir o dinheiro. Os pontos de corte utilizados neste estudo são: dependência total (7 pontos), dependência parcial (8 a 21 pontos) ou independência (21 pontos) (Santos & Virtuoso Júnior, 2008).

A versão brasileira da escala ZBI avalia a SC dos cuidadores familiares. É um instrumento desenvolvido com 22 itens que refletem a SC subjetiva e objetiva, bem como, as áreas de preocupação do entrevistado, tais como: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relações interpessoais. Os 22 itens da escala são pontuados de zero a quatro, em uma escala tipo *Likert*, de cinco pontos. O escore total é calculado somando-se todos os itens, podendo este variar de 0 a 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior a carga (Sczufca, 2002). A classificação neste estudo obedece aos seguintes escores: SC severa (escores entre 61 e 88), SC moderada a severa (escores entre 41 e 60), SC moderada (escores entre 21 e 40), SC leve (escores entre 1 e 20) e ausência de SC (escore 0) (Costa, et al., 2015).

Na avaliação da QV, foi utilizado o questionário validado para o contexto brasileiro, da WHOQOL-BREF, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. O instrumento contém 26 questões, duas gerais de QV e 24 compostas por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de médias para cada questão, variando de 0 a 5 e para cada domínio, os quais são transformados numa escala de 0 a 100, em que zero corresponde a uma pior QV, e 100, a uma melhor QV (Fleck, et al., 2000).

Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o aplicativo *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 22.0 e o *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.4. Com o intuito de atingir os objetivos propostos, foi necessária a análise de comparação. Foram realizados os testes de normalidade e variância para avaliar a adesão à distribuição normal dos dados e igualdade de variância.

Para a comparação envolvendo uma variável quantitativa e uma variável qualitativa com duas categorias, foi aplicado o teste t de *Student* não pareado ou o teste de *Mann-Whitney*, de acordo com a distribuição dos dados. Já para a comparação envolvendo uma variável quantitativa e uma variável qualitativa com três categorias foi aplicado o modelo de Anova seguido do pós-teste de *Tukey*, ou o teste de *Kruskal-Wallis* seguido do pós-teste de *Dunn*, de acordo com a distribuição dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas sob o protocolo nº 2.259.842/17, seguindo todas as recomendações da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo sob nº 2017/22145-1.

3. Resultados

Verificou-se que 59,4% dos idosos eram do sexo feminino, com média de 77,0 anos de idade. As principais doenças que causaram dependência no idoso foram o: acidente vascular encefálico (32,2%), câncer (25,2%) e Alzheimer e/ou demência (18,2%). A partir do índice de *Barthel* identificou-se que 73,4% dos idosos eram totalmente dependentes para ABVD e, de acordo com o índice de *Lawton-Brody*, 74,1% dos idosos eram totalmente dependentes para AIVD. Os dois idosos considerados independentes de acordo com o índice de *Barthel* não foram excluídos da pesquisa, pois de acordo com o índice de *Lawton-Brody* eles eram considerados dependentes (Tabela 1).

Tabela 1 – Características da dependência dos idosos (n=143). Campinas, São Paulo, Brasil, 2019.

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Índice de Lawton-Brody	7,9	2,0	7,0	7,0	15,0
Índice de Barthel	16,4	29,2	0,0	0,0	100,0
			n		%
Índice de Lawton-Brody					
Dependência total			106		74,1
Dependência parcial			37		25,9
Independência			0		0,0
Índice de Barthel					
Dependência total			105		73,4
Dependência severa			11		7,7
Dependência moderada			6		4,2
Dependência leve			19		13,3
Independência			2		1,4

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quanto ao perfil dos cuidadores familiares, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (87,4%), filha (44,8%) ou esposa (20,3%), casada (57,3%) e possuíam em média 55,6 anos de idade e 8,9 anos de escolaridade. Dentre os 18 homens (12,6%) cuidadores familiares, ressalta-se que havia oito filhos, sete esposos/companheiros, dois netos e um genro.

Em relação ao estado de saúde, 68,5% referiram ter alguma doença, tais como: hipertensão (35,7%), hipercolesterolemia (30,1%), lombalgia (30,1%), depressão (29,4%) e diabetes mellitus tipo II (19,6%). Outros problemas de saúde, como dificuldades para caminhar ou subir escadas foram relatados, respectivamente, por 18,9% e 37,8% cuidadores familiares.

O uso de medicações de uso contínuo foi evidenciado por 61,5% dos cuidadores familiares, sendo que 55,2% faziam uso frequente de analgésicos e 25,2% relataram uso de antidepressivos e/ou calmantes. A média foi de 2,1 medicamentos por cuidador, com mínimo de um e máximo de 14. A presença de dor frequentemente e/ou sempre foi comprovada por 52,4%.

Em relação às características do cuidado ao idoso, os cuidadores familiares dedicavam-se em média a 4,5 anos, por aproximadamente 20,4 horas diárias. Muitas vezes, devido ao tempo despendido no cuidado, não realizavam nenhum tipo de atividade física (81,8%), nem atividades de lazer (79,7%), mas realizavam, sozinhos, as tarefas domésticas, além do cuidado (78,3%).

Tratando-se das variáveis de apoio social e familiar, 67,8% recebiam ajuda diurna (às vezes e/ou sempre), mas somente 41,3% realizavam algum tipo de revezamento diurno (às vezes e/ou sempre). Esses números diminuíram mais no período noturno, pois somente 28,0% recebiam ajuda (às vezes e/ou sempre) e 11,2% realizavam revezamento (às vezes e/ou sempre) neste período. Ressalta-se que no presente estudo, ajuda foi definida como “quando o cuidador está responsável por cuidar e alguém o auxilia, ou substitui temporariamente, em caráter mais pontual”. Já o revezamento foi definido como “quando outra pessoa é responsável, de modo fixo, programado e o cuidador pode se ausentar completamente”. Ao analisar o sono dos cuidadores familiares, observou-se que 76,9% possuíam o sono interrompido, devido ao cuidado, insônia e/ou preocupação.

A renda familiar média foi de R\$4.258,50, sendo que o salário-mínimo na época de coleta de dados variou de R\$937,00 (2017) a R\$998,00 (2019). Foi evidenciado que 85,3% dos idosos e 62,9% dos cuidadores familiares possuíam renda própria, na maioria, advindos de aposentadoria do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A situação econômica foi

avaliada por 44,1% dos cuidadores familiares como regular, 35,7% como ruim e/ou péssima e 20,3% como muito boa e/ou boa.

Na avaliação da SC, os dados mostram que 14,8% dos cuidadores familiares apresentaram uma SC leve, 41,8% apresentaram SC moderada, 35,0% SC de moderada a severa e 8,4% apresentaram SC severa. O grupo investigado apresentou média total de 37,1 pontos e nenhum cuidador apresentou ausência de SC, pois o mínimo foi de 5 pontos (Tabela 2).

Análises do WHOQOL-BREF evidenciaram que a QV dos cuidadores familiares, encontra-se em nível um pouco acima do mediado. O domínio físico sobressai e apresenta a maior média, seguida dos domínios relações sociais, ambiental e psicológico (Tabela 2).

Tabela 2 – Características de sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores familiares (n=143). Campinas, São Paulo, Brasil, 2019.

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Escore ZBI	37,1	15,4	5,0	37,0	75,0
WHOQOL físico	59,9	22,8	0,0	63,0	100,0
WHOQOL psicológico	55,3	21,6	0,0	63,0	94,0
WHOQOL relações sociais	58,8	26,5	0,0	56,0	100,0
WHOQOL ambiental	55,4	17,3	0,0	56,0	94,0
			n		%
ZBI classificação					
Sobrecarga leve			20		14,8
Sobrecarga moderada			61		41,8
Sobrecarga moderada a severa			50		35,0
Sobrecarga severa			12		8,4

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Realizou-se testes estatísticos de comparação entre as variáveis quantitativas de dois instrumentos (ZBI e WHOQOL-BREF) em relação as variáveis qualitativas dos questionários sociodemográfico, econômico e clínico. Foi evidenciado que algumas variáveis, tais como situação econômica ruim/péssima, presença de doenças, uso de analgésicos frequentemente e não possuir oportunidades de lazer, apresentavam uma média que prediz maior SC e menor QV em todos os domínios, em comparação aos que avaliavam a situação econômica como muito boa/boa ou regular, não relatavam doenças, não relatavam uso de analgésicos frequentemente e possuíam atividades de lazer (Tabela 3).

As outras variáveis que apresentaram médias e/ou medianas menores no escore do WHOQOL-BREF e foram significativas estatisticamente foram: domínio físico: dificuldade para caminhar e/ou subir escadas ($p<0,0001$); presença de dor frequentemente e/ou sempre ($p<0,0001$); ausência ou raros revezamentos diurnas ($p<0,0156$); tarefas domésticas realizadas pelo próprio cuidador ($p<0,0249$); uso de medicamentos calmantes e/ou antidepressivos ($p<0,0001$); dificuldade para ouvir ($p<0,0075$); sono interrompido ($p<0,0008$); e uso de medicamentos contínuos ($p<0,0002$).

Tabela 3 – Comparação dos valores médios do ZBI e domínios do WHOQOL-BREF com as principais variáveis estatisticamente significativas (n=143). Campinas, SP, Brasil, 2019.

	Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
WHOQOL-BREF - Físico	Avaliação da situação econômica							
	Muito boa/boa	29	67,73	17,09	21,43	71,43	92,86	0,0029*
	Regular	63	63,15	21,47	14,29	64,29	100,00	
	Ruim/péssima (Significativo)	51	50,77	23,75	0,00	53,57	92,86	
	Possui doença							
	Não	45	30,89	12,50	5,00	27,00	58,00	0,0010**
	Sim	98	39,95	15,92	8,00	40,00	75,00	
	Medicamentos analgésicos							
	Não	64	69,03	19,36	0,00	71,43	100,00	<0,0001***
	Sim	79	52,08	22,04	3,57	53,57	96,43	
	Lazer							
	Não	114	56,67	22,75	0,00	57,14	92,86	0,0019***
	Sim	29	71,43	17,05	32,14	71,43	100,00	
	WHOQOL-BREF - Psicológico	Avaliação da situação econômica						
Muito boa/boa		29	59,34	18,15	8,33	66,67	87,50	0,0019*
Regular		63	60,65	20,49	4,17	62,50	95,83	
Ruim/péssima (Significativo)		51	46,41	21,75	0,00	50,00	75,00	
Possui doença								
Não		45	66,76	16,96	12,50	70,83	95,83	<0,0001***
Sim		98	50,04	21,28	0,00	54,17	91,67	
Medicamentos analgésicos								
Não		64	61,78	20,15	8,33	66,67	95,83	0,0003***
Sim		79	50,05	21,11	0,00	54,17	95,83	
Lazer								
Não		114	51,17	21,34	0,00	54,17	91,67	<0,0001***
Sim		29	71,55	12,20	45,83	70,83	95,83	
WHOQOL-BRE - Social		Avaliação da situação econômica						
	Muito boa/boa	29	65,52	23,44	8,33	66,67	100,00	0,0027*
	Regular	63	63,89	25,75	16,67	66,67	100,00	
	Ruim/péssima (Significativo)	51	48,53	26,55	0,00	50,00	100,00	
	Possui doença							
	Não	45	66,48	26,44	0,00	66,67	100,00	0,0179***
	Sim	98	55,19	25,96	0,00	54,17	100,00	
	Medicamentos analgésicos							
	Não	64	66,80	26,33	8,33	70,83	100,00	0,0015***
	Sim	79	52,22	25,03	0,00	50,00	100,00	
	Lazer							
	Não	114	55,12	27,12	0,00	50,00	100,00	0,0010***
	Sim	29	72,99	18,45	33,33	75,00	100,00	

WHOQOL- BREF- Ambiente	Avaliação da situação econômica							
	Muito boa/boa	29	63,79	13,69	21,88	65,63	87,50	<0,0001****
	Regular	63	57,64	15,00	18,75	59,38	93,75	
	Ruim/péssima (Significativo)	51	43,63	17,25	0,00	43,75	75,00	
	Possui doença							
	Não	45	59,79	16,01	25,00	62,50	93,75	0,0057**
	Sim	98	51,18	17,47	0,00	53,13	87,50	
	Medicamentos analgésicos							
	Não	64	59,33	14,30	31,25	59,38	93,75	0,0005**
	Sim	79	49,49	18,56	0,00	50,00	87,50	
Lazer								
Não	114	51,34	17,35	0,00	53,13	87,50	0,0004**	
Sim	29	63,90	14,01	31,25	65,63	93,75		
ZBI	Avaliação da situação econômica							
	Muito boa/boa	29	33,48	13,84	12,00	33,00	64,00	0,0021****
	Regular	63	33,89	15,71	5,00	33,00	75,00	
	Ruim/péssima (Significativo)	51	43,12	14,47	11,00	42,00	75,00	
	Possui doença							
	Não	45	30,89	12,50	5,00	27,00	58,00	0,0010**
	Sim	98	39,95	15,92	8,00	40,00	75,00	
	Medicamentos analgésicos							
	Não	64	33,88	13,20	5,00	35,50	62,00	0,0245**
	Sim	79	39,71	16,73	11,00	39,00	75,00	
Lazer								
Não	114	39,87	15,29	8,00	41,00	75,00	<0,0001**	
Sim	29	26,21	10,83	5,00	25,00	47,00		

*p-valor obtido por meio do teste de Kruskal-Wallis (pós teste de Dunn); **p-valor obtido por meio do teste t de Student; ***p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney; ****p-valor obtido por meio do modelo anova (pós teste de Turkey).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em relação ao domínio psicológico foram: dificuldade para caminhar e/ou subir escadas ($p < 0,0001$); presença de dor frequentemente e/ou sempre ($p < 0,0007$); falta ou raros revezamentos diurnas ($p < 0,0022$); tarefas domésticas realizadas pelo próprio cuidador ($p < 0,0088$); uso de medicamentos calmantes e/ou antidepressivos ($p < 0,0002$); sono interrompido ($p < 0,0016$); não realizar atividade física ($p < 0,0047$); uso de medicamentos contínuos ($p < 0,0323$); acordar à noite para o cuidado ($p < 0,0452$); ausência ou raras ajudas diurnas ($p < 0,0389$) e sexo feminino ($p < 0,0291$).

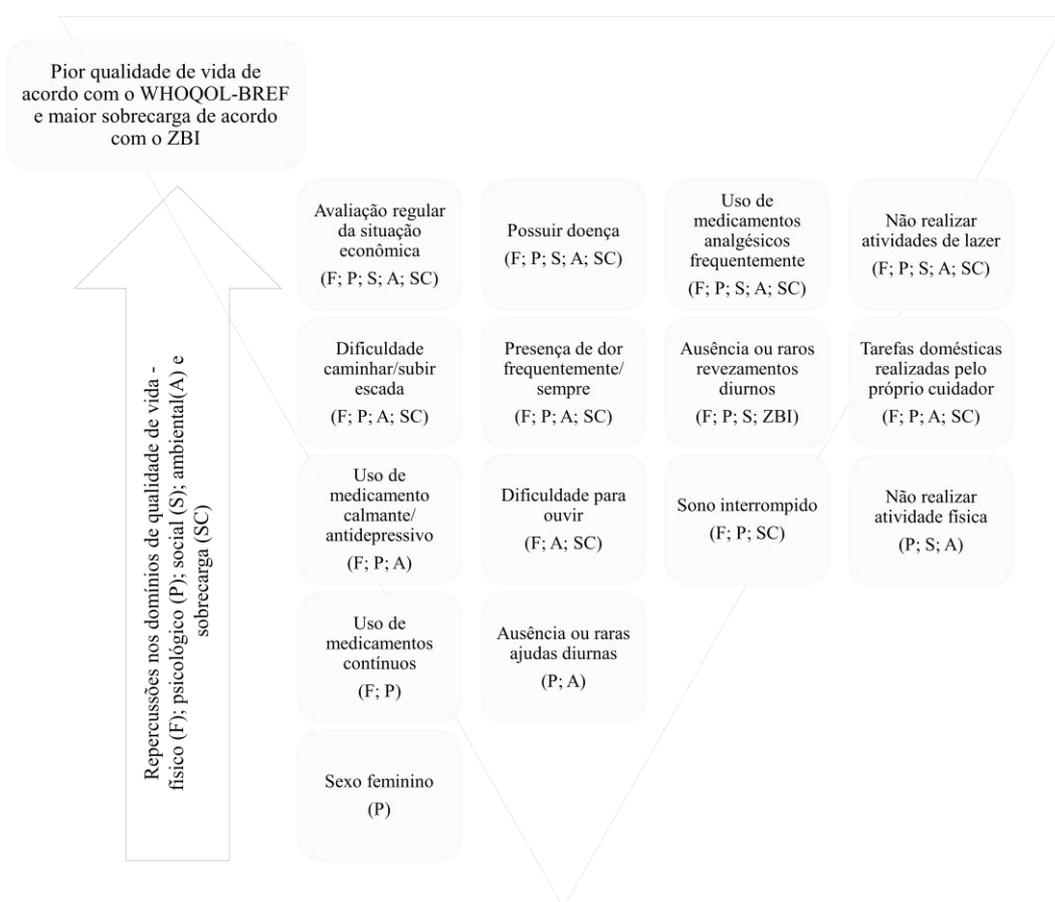
No domínio social as variáveis significantes foram: ausência ou raros revezamentos diurnos ($p < 0,0140$); e não realizar atividade física ($p < 0,0193$). Já no domínio ambiental as variáveis estatisticamente significantes foram: dificuldade para caminhar e/ou subir escadas ($p < 0,0006$); presença de dor frequentemente e/ou sempre ($p < 0,0001$); tarefas domésticas realizada pelo próprio cuidador ($p < 0,0222$); uso de medicamentos calmantes e/ou antidepressivos ($p < 0,0384$); dificuldade para ouvir ($p < 0,0243$); não realizar atividade física ($p < 0,0222$) e ausência ou raras ajudas diurnas ($p < 0,0399$).

As variáveis que apresentaram média ou mediana maior e influenciaram negativamente a SC, de acordo com o ZBI foram: dificuldade para caminhar e/ou subir escadas ($p < 0,0048$); presença de dor frequentemente e/ou sempre ($p < 0,0008$);

ausência ou raros revezamentos diurnos ($p < 0,0086$); tarefas domésticas realizada pelo próprio cuidador ($p < 0,0027$); dificuldade para ouvir ($p < 0,0008$) e sono interrompido ($p < 0,0001$).

Com os resultados apresentados acima, criou-se um fluxo das principais variáveis significantes e que influenciam negativamente a QV e elevam a SC, conforme Figura 2. A análise da figura deve ser realizada de cima para baixo, ou seja, as variáveis que estão mais na base da figura, tais como sexo feminino, apresentou repercussões negativas em apenas uma das facetas de QV, que foi no domínio psicológico. No topo da figura, observa-se que as variáveis sofreram repercussões negativas em todos os domínios de QV e na SC.

Figura 2 – Variáveis que influenciam negativamente na piora da qualidade de vida e no aumento da sobrecarga entre cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio, de acordo com os testes de comparação. Campinas, São Paulo, Brasil, 2019.



Legenda: F: físico; P: psicológico; S: social; A: ambiental; e SC: sobrecarga. Fonte: Elaborado pelas autoras.

4. Discussão

Em nosso estudo, encontramos cuidadores familiares responsáveis por um percentual de idosos com dependência total (instrumental e funcional), mais elevado, quando comparado com outros estudos nacionais (Souza, Pereira & Silva, 2018; Reis, et al., 2015; Diniz, et al., 2016) e internacionais (Rodríguez-Pérez, et al., 2017) existentes. Este fato se relaciona com a população eleita em nosso estudo que incluiu cuidadores familiares de pacientes do SAD. No entanto, alguns estudos (Souza, Pereira & Silva, 2018; Reis, et al., 2015; Diniz, et al., 2016) mostram um percentual de pacientes assistidos pelo SAD que, de acordo com os critérios de elegibilidade deveriam ser de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2016; Braga, et

al., 2016). Sendo importante repensar os critérios para a inclusão de indivíduos, uma vez que a compreensão de quais perfis de pacientes poderiam ou não ser incluídos no SAD é variável de acordo com a entendimento que se tem (Braga, et al., 2016).

O envelhecimento da população e a maior prevalência de doenças crônicas determinam perfis de saúde cada vez mais complexos (Rodríguez, Castiñeira & Nunes, 2019): Há evidência de que quanto maior a idade e a dependência do idoso, maior as necessidades de cuidados e conseqüentemente maior a SC do cuidador, bem como mais frequente a necessidade de acompanhamento por parte de equipes de atenção básica e domiciliar.

Em relação aos cuidadores familiares, historicamente, o trabalho de cuidado é pouco valorizado no mundo e possui baixo reconhecimento social, além de ser realizado tradicionalmente e gratuitamente, na esfera doméstica e familiar, pelas mulheres (Hirata, 2016). Em nosso estudo, observou-se que a maioria dos cuidadores familiares eram do sexo feminino, como em estudos nacionais (Souza, Pereira & Silva, 2018; Reis, et al., 2015; Diniz, et al., 2016; Hirata, 2016; Costa, et al., 2016) e internacionais (Rodríguez-Pérez, et al., 2017; Rodríguez, Castiñeira & Nunes, 2019; Navarro-Sandoval, et al., 2017).

Observou-se que ser do sexo feminino aumenta a chance de repercussões psicológicas negativas em comparação aos do sexo masculino. Em relação aos problemas mentais, os cuidadores familiares, têm maiores probabilidades de desenvolver transtornos de humor, depressivos e ansiosos (Rodríguez, Castiñeira & Nunes, 2019). A depressão tornou-se um grande problema e pode complicar condições médicas preexistentes e, potencialmente, afetar a memória e funções cognitivas, bem como a felicidade e o prazer em geral (Aktürk, Aktürk & Erci, 2019).

Há um percentual elevado de sintomas depressivos em cuidadores familiares que possuem algum tipo de incapacidade (Navarro-Sandoval, et al., 2017). Em nosso estudo, as doenças crônicas influenciaram negativamente a QV e aumentou a SC, juntamente com as dores crônicas, dificuldade para caminhar e/ou subir escadas e dificuldades para ouvir. Estas variáveis podem ser reconhecidas como agravos à saúde, principalmente referindo-se a cuidadores familiares, que só por si já acarreta desgastes e vulnerabilidades.

Acredita-se que o excessivo desgaste físico e emocional, o envelhecimento e a sobrecarga sofrida pelos cuidadores familiares, estejam intimamente relacionados ao uso de medicamentos, principalmente os antidepressivos (Areosa, et al., 2014). A média de medicamentos utilizados pelos cuidadores familiares do presente estudo foi de 2,1(DP=2,69; mín.=0 e máx.=14) medicamentos por dia. Isso retrata o aumento das doenças crônicas e das sequelas que acompanham o envelhecimento, o poder da indústria farmacêutica e a medicalização presente na formação de parte significativa dos profissionais da saúde (Secoli, 2010), bem como as repercussões negativas do cuidado.

Apesar dos benefícios oferecidos pela terapia medicamentosa, ressalta-se que esta não é suficiente para atender às necessidades dos cuidadores familiares, pois o que ocorre é a automedicação frequente, o que predispõe a riscos em relação aos efeitos adversos e à interação medicamentosa (Secoli, 2010; Marin, et al., 2008), mascarando os verdadeiros motivos pelos quais ocorre a ingestão destes medicamentos.

Analisando as características do cuidado, observam-se elevadas horas diárias despendidas ao cuidado (média = 20,4 horas diárias), e frequente sono interrompido (76,9%) devido ao cuidado e/ou insônia e/ou preocupação. Os dados ainda nos mostram, que além da atividade de cuidado, os cuidadores familiares são os principais responsáveis pelas tarefas domésticas, agregando uma dupla carga de trabalho. Acresce que ajuda e/ou revezamento diurnos e noturnos não são frequentes tanto para atividades domésticas quanto para as atividades de cuidar, levando à diminuição da QC e elevação da SC.

Quando os cuidadores familiares obtém ajuda, elas são para atividades menos instrumentais e com menores níveis de dificuldade, que não exigem muito esforços físicos (Fernandes & Loureiro, 2015). As dificuldades para realização de atividades diárias de higiene, transferência, mudança de decúbito e outras que exigem força, embora essenciais para a saúde dos idosos cuidados, revelaram-se as mais desgastantes e que requerem auxílio de outro familiar (Carvalho, et al., 2015). Mas, não há o reconhecimento por parte dos serviços de saúde e familiares de que os cuidadores familiares necessitam de apoio

(Martínez, Cardona & Gómez-Ortega, 2016). Consequentemente, o cuidador não possui tempo disponível para cuidar de si mesmo, por se dedicar várias horas diárias ao cuidado de outrem e às tarefas domésticas.

Os cuidadores familiares, principalmente os que residem no mesmo domicílio que o usuário, são mais propensos a não realizar atividades físicas e de lazer, bem como relatam que não possuem tempo para realizar hobbies, ter vida social e praticar o autocuidado, o que pode ser prejudicial à saúde e bem-estar (Rokicka & Zajkowska, 2020). Realizar atividades físicas e/ou de lazer está intimamente relacionado ao envelhecimento saudável (Aktürk, Aktürk & Erci, 2019) e pode efetivamente aumentar a capacidade funcional, a QV e o bem-estar psicológico de um indivíduo (Zaleski, et al., 2016).

A falta de tempo pode estar associada à readaptação familiar frente à dependência do idoso e por este motivo é muito importante definir os hábitos que restringem a atividade e impedem a participação em atividades prazerosas, bem como os fatores individuais, psicossociais e ambientais (Aktürk, Aktürk & Erci, 2019; Anjos, Boery & Pereira, 2014).

Como o auxílio de profissionais não é em período integral, é imprescindível a sensibilização das famílias para aumentar a rede de apoio e contribuir para o manejo efetivo da SC, melhorando a qualidade do cuidado, QV e a saúde de ambos: idosos e cuidadores familiares (Costa, et al., 2015; Lino, et al., 2016; Souza, et al., 2015).

Em relação às características econômicas do idoso e cuidador conclui-se que o menor poder aquisitivo também está diretamente relacionado com uma maior SC e pior QV, corroborando com outro estudo (Anjos, Boery & Pereira, 2014). Na maioria dos casos, a renda do idoso não é suficiente para o cuidado em domicílio, pois muitos cuidadores familiares precisam usar a própria renda e a renda familiar nos gastos pelo elevado custo com uma pessoa dependente (Fuhrmann, et al., 2015). Outros estudos também relatam que muitos cuidadores familiares dedicam todo o tempo aos cuidados, tendo que abdicar de atividades profissionais, domésticas e pessoais, utilizando a renda do idoso para se manter (Anjos, et al., 2015; Lopes & Santos, 2015). Isso foi evidenciado em nosso estudo, pois os dados nos mostram que a maioria dos idosos possuem renda proveniente da sua aposentadoria, com média de um salário-mínimo e 37,1% dos cuidadores familiares não possuem renda. E, entre aqueles que possuem renda, 25,2% também é proveniente de aposentadoria, demonstrando a vulnerabilidade social em que se encontram, pois são cuidadores idosos cuidando de idosos.

Reconhecendo que os cuidadores familiares também compõem um grupo vulnerável, que muitas vezes não dispõe de apoio, é relevante distinguir as diferentes estratégias que existem e que são destinadas a reduzir o estresse e ampliar o apoio social (Carvalho, et al., 2015), pois, hoje em dia, o idoso e o cuidador familiar coexistem com a dependência em uma sociedade que não possui políticas públicas e de saúde adequadas de suporte às famílias (Pereira & Soares, 2015).

Acredita-se que se atentar para a avaliação da SC e da QV dos cuidadores familiares, entre outros aspectos, principalmente, nos serviços de atenção primária e atenção domiciliar, e incluir os mesmos no plano de cuidados pode auxiliar tanto o cuidador, quanto o idoso que é cuidado por este (Briceño, et al., 2015; Fuhrmann, et al., 2015; Reis, et al., 2015).

Os serviços deveriam colocar na rotina da prática assistencial e organizacional a prática de aplicar o ZBI nos cuidadores, principalmente os familiares. Pois por meio desta escala levantaria os potenciais problemas, tais como problemas de relacionamento entre idoso e cuidador, bem como, com outros membros da família, falta de tempo para si, estresse, receios, saúde, privacidade, vida social, recursos financeiros, incapacidades, falta de controle da vida, falta de vontade de continuar cuidando, dúvidas, sentimento de que poderia cuidar melhor, e o quanto ele está e/ou se sente sobrecarregado. E estes dados precisam ser analisados e discutidos por uma equipe multiprofissional de saúde, seja da atenção domiciliar ou da atenção primária.

Outra possível intervenção seria realizar grupos de apoio aos cuidadores familiares. Mas colocar em prática essa estratégia implicaria em deixar o idoso dependente em casa com outra pessoa para que o cuidador principal possa sair. Como profissionais de saúde, temos que sensibilizar primeiramente este cuidador, para que ele esteja disposto a ir e deixar outra pessoa em seu lugar e posteriormente os familiares sobre a importância de realizar este revezamento. Ademais, é preciso

pensar no processo de trabalho das equipes do SAD e da ESF, que muitas vezes trabalham com número reduzido de profissionais e carga de trabalho elevada.

Uma vez implementada e viabilizada, os grupos poderiam trabalhar com demandas dos próprios cuidadores familiares, com enfoque educativo e preventivo, tais como: orientações de como realizar o cuidado ao idoso (mudança de decúbito, preparo de alimentações e banho), atividades físicas (caminhada, Lian Gong) e atividades de lazer (filme, dança, música, artesanatos). Esses grupos seriam formados por uma equipe multidisciplinar aplicando um cuidado integral, avaliando problemas e/ou questões individual e coletivamente construindo soluções de melhoria, buscando oferecer suporte para a saúde física, psicológica e social.

Este estudo foi realizado no serviço de atenção domiciliar de um único município no Brasil, portanto os resultados não podem ser generalizados. No entanto, como os dados foram coletados a partir de um cálculo amostral, podem fornecer um ponto de inferência para futuros estudos. A Atenção Domiciliar é recente no Brasil e precisa de evidências científicas mais robustas que possam contribuir para o desenvolvimento do serviço, principalmente no que tange a assistência aos cuidadores familiares.

5. Conclusão

Os idosos, na maioria eram do sexo feminino, com média de 77,7 anos, com AVE e/ou alzheimer e/ou câncer e totalmente dependentes para as AIVD e ABVD.

A maioria dos cuidadores familiares eram mulheres, filhas ou esposas, hipertensas e depressivas, com dores frequentes, que utilizavam medicações analgésicas frequentemente, inclusive ansiolíticos e antidepressivos, com alterações no sono, pouco apoio social e familiar, com problemas financeiros, que não realizavam atividades de lazer, e que se dedicavam ao cuidado por aproximadamente 20 horas diárias, bem como, apresentavam SC moderada ou de moderada à severa e QV mediana. As variáveis supracitadas foram consideradas estatisticamente significantes.

É preciso ampliar o olhar para o cuidador familiar em domicílio, pensando nas políticas públicas sociais e de saúde, organizar estratégias, para criar uma rede de apoio para reduzir a SC dos cuidadores familiares, melhorar a QV e a qualidade do cuidado prestado.

Enfatiza-se a relevância dos serviços e equipes multiprofissionais de saúde, bem como, Estado e sociedade estarem atentos às necessidades dos cuidadores familiares, além das necessidades dos idosos dependentes, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde. Foi evidenciado ao longo do estudo questões que permitem ampliar o olhar e o entendimento sobre a temática, mas sugere-se que trabalhos futuros sejam realizados com o objetivo de encontrar estratégias para melhorar a qualidade de vida e amenizar a sobrecarga de cuidadores familiares de idosos assistidos pela atenção domiciliar.

As seguintes conclusões podem ser tiradas deste estudo, em relação aos cuidadores familiares de idosos dependentes: 1) é imprescindível estar atento às necessidades dos cuidadores familiares, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde; 2) é importante considerar estratégias que visem o envolvimento dos demais membros da família e rede social de apoio; 3) é imprescindível a articulação e comunicação efetiva entre as equipes de atenção básica e atenção domiciliar com foco nas necessidades dos cuidadores familiares e não somente do usuário.

Agradecimentos

O presente estudo foi realizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Auxílio à Pesquisa Regular, processo 2017/22145-1) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (bolsa de mestrado).

O presente estudo é fruto da dissertação intitulada “Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos dependentes assistidos pelo serviço de atenção domiciliar”.

Referências

- Aktürk, Ü., Aktürk, S., & Erci, B. (2019). The effects of depression, personal characteristics, and some habits on physical activity in the elderly. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 112-118. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12322>
- Anjos, K. F. D., Boery, R. N. S. D. O., & Pereira, R. (2014). Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23(3), 600-608. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002230013>
- Anjos, K. F. D., Boery, R. N. S. D. O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C., & Rosa, D. D. O. S. (2015). Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciência & saúde coletiva*, 20(5), 1321-1330. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.14192014>
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Take care of oneself and other: study of elderly caregivers. *Psicol Saúde Doenças*, 15(2), 482-94. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>
- Braga, P. P., Sena, R. R., Seixas, C. T., Castro, E. A. B., Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Supply and demand in home health care. *Ciência & saúde coletiva*, 21(3), 903-912. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>
- Brasil. Ministério da Saúde (BR) (2016). Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
- Briceño, C., Pérez, N., Carvallo, S., Nuñez, N., Silva, M. I., Álvarez, E., & Vidal, L. (2015). Percepciones de las personas que participan en el programa adulto mayor dependiente de la fundación Cerro Navia Joven: una mirada desde la ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 109-122. Available from: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/37135/3> 8711
- Caldas, C. P. (2003). Aging with dependence: family needs and responsibilities. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>
- Carvalho, D. P., Toso, B. R. G. D. O., Viera, C. S., Garanhani, M. L., Rodrigues, R. M., & Ribeiro, L. D. F. C. (2015). Caregivers and implications for home care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(2), 450-458. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>
- Chibante, C. L. P., Santo, F. H. E., & Aquino, A. C. O. (2015). The reactions of the family companion of hospitalized elderly facing stressful situations. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2961-2973. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2961-2973>
- Costa, T. F. D., Costa, K. N. D. F. M., Fernandes, M. D. G. M., Martins, K. P., & Brito, S. D. S. (2015). Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2), 0245-0252. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200009>
- Costa, T. F. D., Gomes, T. M., Viana, L. R. D. C., Martins, K. P., & Costa, K. N. D. F. M. (2016). Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. *Revista brasileira de enfermagem*, 69, 933-939. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0064>
- Couto, A. M. D., Castro, E. A. B. D., & Caldas, C. P. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Northeast Netw Nurs J [Internet]*, 17(1), 76-85. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>
- Dantas, T. M., Rodrigues, L. B., Santos, W. S. D., Dias, J. C., Santana, N. M. D., & Lima, I. C. V. D. (2015). Perceptions and experiences of family caregivers of bedridden elderly. *Brazilian Journal in Health Promotion*, 28(3), 411-417. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p411>
- Diniz, A. S. S., Silva, L. F., Coutinho, N. P. S., Ribeiro, A. C. S., Diniz, J. A. R., Dias, R. S., & Sardinha, A. H. L. (2016). Test of elder insert capacity in household care program in São Luís, Maranhão, Brazil. *Rev Pesq Saúde*, 17(2), 74-79. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6079/3666>
- Fernandes, M. D. G. M., & Loureiro, L. D. S. N. (2015). Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(5), 145-154. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i5.145-154>
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saúde pública*, 34(2):178-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>
- Fuhrmann, A. C., Bierhals, C. C. B. K., Santos, N. O. D., & Paskulin, L. M. G. (2015). Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>
- Hirata, H. (2016). Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho. *Confins. Revista franco-brasileira de geografia*, (26). doi: <http://dx.doi.org/10.4000/confins.10754>
- Lino, V. T. S., Rodrigues, N. C. P., Camacho, L. A. B., O’Dwyer, G., Lima, I. S. D., Andrade, M. K. D. N., & Atie, S. (2016). Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 32(6), e00060115. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00060115>
- Llano, P. M. P., Santos, F. D., Rodrigues, M. C. T., Lemões, M. A. M., Lange, C., & Santos, S. S. C. (2016). The family in the care process of an elderly after a fall accident. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4717-4724. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4717-4724>

- Lopes, G. L., & Santos, M. I. P. D. O. (2015). Functionality elderly enrolled in a Family Health Strategy unit according to the level of the International Classification of Functioning. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 71-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Level of dependency, self-care, and quality of life in the Elderly adult. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Marin, M. J. S., Cecílio, L. C. D. O., Perez, A. E. W., Santella, F., Silva, C. B. A., Gonçalves Filho, J. R., & Roceti, L. C. (2008). Use of medicines by the elderly in a Family Health Program unit in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 1545-1555. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700009>
- Martínez, R. T. S., Cardona, E. M. M., & Gómez-Ortega, O. R. (2016). Nursing interventions to reduce overload in caregivers. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-1184. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. D. C. (2010). Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 218-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
- Miranda, A. C. D. C., Sérgio, S. R., Fonseca, G. N. S., Coelho, S. M. C., Rodrigues, J. S., Cardoso, C. L., & Cassiano, J. G. (2015). Evaluation of the presence of family caregivers of elderly with cognitive and functional deficits living in Belo Horizonte-MG, Brazil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 141-150. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13173>
- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L. C., Delgado-Quñones, E. G., & Sahagún-Cuevas, M. N. (2017). Depression and burden on primary caregivers of elderly persons with physical dependence of the UMF 171. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 55(1), 25-31. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171i.pdf>
- Pereira, L. S. M., & Soares, S. M. (2015). Factors influencing the quality of life of family caregivers of the elderly with dementia. *Ciência & saúde coletiva*, 20(12), 3839-3851. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>
- Reis, L. A., Neri, J. D. C., Araújo, L. L., Lopes, A. O. S., & Cândido, A. S. C. (2015). Quality of life of formal caregivers of the elderly. *Rev Baiana Enferm*, 29(2), 156-163. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12548>
- Rodríguez, B. C., Castiñeira, B. R., & Nunes, L. C. (2019). Alzheimer's disease and the quality of life of the informal caregiver. *Revista española de geriatria y gerontología*, 54(2), 81-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.10.008>
- Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. J., & del-Pino-Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8>
- Rokicka, M., & Zajkowska, O. (2020). Informal elderly caregiving and time spent on leisure: evidence from time use survey. *Ageing International*, 45(4), 393-410. doi: <https://doi.org/10.1007/s12126-020-09396-5>
- Santos, R. L., & Virtuoso Júnior, J. S. (2008). Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 290-6. Available from: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(1):12-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
- Secoli, S. R. (2010). Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. *Revista brasileira de enfermagem*, 63, 136-140. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>
- Souza, I. D., Pereira, J. D. A., & Silva, E. M. (2018). Between State, society and family: the care of female caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 6), 2720-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0111>
- Sousa, J. I. S., Silva, B. T., Rosa, B. M., Garcia, E. D. Q. M., & Roque, T. S. (2020). Sobrecarga de trabalho em familiares de idosos em cuidados paliativos. *Research, society and development*, 9(4), e146943001-e146943001. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3001>
- Souza, L. R. D., Hanus, J. S., Dela Libera, L. B., Silva, V. M., Mangilli, E. M., Simões, P. W., ... & Tuon, L. (2015). Overload in care, stress and impact on the quality of life of surveyed caregivers assisted in primary care. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
- Torres-Gil, F. M. (2017). The evolution of gerontology and geriatrics in an era of a politics of aging. *Gerontology & geriatrics education*, 38(4), 438-442. doi: <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1232594>
- Veras, R., & Oliveira, M. (2016). Care pathway for the elderly: detailing the model. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 887-905. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Zaleski, A. L., Taylor, B. A., Panza, G. A., Wu, Y., Pescatello, L. S., Thompson, P. D., & Fernandez, A. B. (2016). Coming of age: considerations in the prescription of exercise for older adults. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 12(2), 98. doi: <http://dx.doi.org/10.14797/mdej-12-2-98>
- WHO. World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10),1403-9. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)