



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Cuidando de quien cuida: un estudio cualitativo basado en la metodología participativa.

Barbara Martins Corrêa da Silva¹, Claudia Feio da Maia Lima², Mirian da Costa Lindolpho³, Thiara Joanna Peçanha da Cruz⁴, Célia Pereira Caldas⁵

1 Hospital Universitario Clementino Fraga Filho

2 Universidad Federal del Recôncavo de Bahía

3 Universidad Federal Fluminense

4 Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais

5 Universidad del Estado de Rio de Janeiro.

RESUMEN

Objetivo: presentar los resultados de las actividades conducidas por los enfermeros para mejorar el apoyo ofrecido a los cuidadores familiares de ancianos. **Método:** se trata de un estudio cualitativo basado en la metodología participativa. Se realizaron encuentros con doce cuidadores familiares y reuniones de equipo con 8 enfermeros en el período de julio a marzo de 2016. Los registros de las conversaciones se sometieron al análisis de contenido. **Resultados:** los cuidadores expusieron sus dificultades, sus dilemas y la contradicción entre las políticas públicas y la realidad. En respuesta a los cuidadores, os enfermeros construyeron un plan de acción. **Discusión:** la problematización de la relación entre servicios, profesionales de salud y población potencializó la red de apoyo a los cuidadores acompañados por el Sistema Único de Salud. **Conclusión:** las actividades en grupo son más que un momento de catarsis, ellas producen la interacción, el fortalecimiento del servicio y contribuyen a la promoción de la salud.

Descriptor: Cuidadores; Anciano; Cuidados de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Al convertirse en un cuidador de anciano, el individuo sufre un impacto en la vida familiar, social y económico-laboral⁽¹⁾. Estadísticamente, 50% de los cuidadores presentan sobrecarga⁽²⁾. Este estudio aborda la realidad de estas personas, a partir de la valorización de su conocimiento y de sus necesidades.

En este contexto, el enfermero está en contacto directo con los cuidadores de ancianos, por lo que necesita integrar a la familia en la planificación de su cuidado. El papel de cuidador es complejo e incorpora diferentes necesidades a lo largo del proceso⁽³⁾.

Se sabe que la facticidad es el aspecto de la existencia humana que se define por las situaciones en las que nos encontramos, y que somos forzados a enfrentarlas. Como enfermeros y profesionales de salud, nos hace falta entender que "cuidar" es asumir la responsabilidad de las decisiones tomadas. Los enfermeros deben asumir esta responsabilidad y también entender cuanto esta cuestión es difícil para el cuidador informal⁽⁴⁾.

Así, se observa que las peculiaridades del ser envejecido se traducen en desafíos para el profesional enfermero, que debe estar apto a atender las singularidades de las condiciones de salud de la persona anciana⁽⁵⁾ e incluir en su trabajo la promoción de salud de los cuidadores familiares de ancianos.

Apoyándose en esta idea, este estudio parte de una tesis de doctorado desarrollada en un servicio público en medio de huelgas y paralizaciones. A pesar de eso, fue posible desarrollar los encuentros con los enfermeros y cuidadores familiares. Esto muestra que el Sistema único de Salud, pese a la depreciación, todavía es capaz de producir investigaciones y promover la salud de la población. Por tanto, el objetivo de este artículo es presentar los resultados de las activi-

dades conducidas por enfermeros para mejorar el apoyo ofrecido a los cuidadores familiares de ancianos.

MÉTODO

El presente estudio se realizó en un servicio ambulatorio del Hospital Universitario de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro. El proyecto fue sometido al Comité de Ética en Pesquisas de la institución, siendo aprobado con el número del protocolo CAAE 4449901520005282, el 23 de julio de 2015, atendiendo a la Resolución 510 de 7 de abril de 2016⁽⁶⁾.

Se trata de un estudio basado en la metodología participativa. Este método propone una interacción con determinados grupos de actores sociales para identificar soluciones de consenso y desarrollar acciones⁽⁷⁾.

El formato actual de la metodología obedece a la siguiente estructuración: tres momentos que se desdoblan en fases y pasos⁽⁸⁾. El término 'momento' es porque enfatiza el carácter incompleto del conjunto de las actividades, las fases son objetivos específicos y los pasos, los objetivos operacionales.

La recolección de los datos se realizó en el período de julio a marzo de 2016. En una etapa previa del momento investigativo, se formó el grupo investigador, donde se les presentó la propuesta del estudio a los enfermeros y se le solicitó a la coordinación del servicio, el espacio para ser el campo de la recolecta de los datos. Después de discutir el diseño del estudio junto con el equipo de enfermería, se optó por la estrategia de *workshop* titulado: "Cuidando de quien cuida".

Se realizaron 4 encuentros en la modalidad de *workshop*, con los siguientes temas: 1) "¿Cómo está su salud?"; 2) "Reconstruyendo proyectos de vida"; 3) "¡Mire su columna!"; y 4) "Superando

los desafíos". Los temas se escogieron junto al grupo de enfermeros, que trajeron la demanda de asuntos que más suscitan las discusiones en grupo. Participaron 12 cuidadores familiares de ancianos y 3 profesionales enfermeros, que estaban en el papel de facilitadores de la actividad. No hubo pérdida de datos. Después de realizar los *workshops*, lo que los cuidadores dijeron se analizó y se presentó al grupo de enfermeros en la reunión de equipo. En este encuentro, participaron 8 enfermeros del ambulatorio. Tanto los cuidadores como los enfermeros formaron el grupo de coinvestigadores del estudio, conforme el método de investigación-acción.

El criterio de inclusión para el grupo de enfermeros fue el tiempo que llevaban trabajando en el escenario del estudio, ≥ 6 meses. Los criterios de inclusión para los cuidadores fueron acordados con el grupo de enfermeros: ser cuidador familiar de anciano por lo menos hace seis meses; tener edad ≥ 18 años; y la aceptación voluntaria para participar del estudio.

Las declaraciones y la producción colectiva de los coinvestigadores se registraron utilizándose un grabador digital, carteles, fotografías, diario de campo y fichas de descubierta. La identificación fue por letras y números. Las letras PC corresponden al investigador-cuidador (PC1 a PC12) y PE, al investigador enfermero PE1 y PE2.

Para analizar las declaraciones y realizar la producción escrita de los coinvestigadores durante los *workshops*, se utilizó el análisis de contenido⁽⁹⁾. Al final del análisis, se encontraron dos categorías, cada una con tres subcategorías.

RESULTADOS

Las edades en el grupo de cuidadores variaron de 59 a 84 años, siendo 83,33% mayores de 70 años. El sexo femenino predominó, con 66,67% y se encontró renta familiar de $\leq 3000,00$

reales en 50% de la muestra. Cuanto a la ocupación, 83,33% trabaja fuera. Cuanto al vínculo con el anciano, 66% eran hijos y 75% compartían el cuidado con otra persona.

En el grupo de enfermeros, había seis mujeres (dos divorciadas, dos casadas y dos solteras) y dos hombres (uno casado y uno soltero). La edad varió de 22 a 60 años. En relación al tiempo de vinculación al servicio, varió de 12 años a 1 año y 6 meses. Cuanto a la formación, había dos doctoras, un máster, cuatro eran residentes y una tenía solamente la graduación. Una doctora tenía posdoctorado en el área de salud mental y los otros enfermeros tenían posgrado en gerontología.

El análisis de contenido de las declaraciones originó unidades de registros (UR), y ellas originaron las subcategorías y estas, las categorías. De las 103 unidades de registros encontradas, 59 originaron la categoría "las dificultades" y 45 originaron la categoría "perspectivas futuras".

La categoría "las dificultades" fue subdividida en tres subcategorías: "los conflictos" (28 UR); "el cuidado de sí y el cuidado al otro" (23 UR); y "el pasado emerge" (8UR). De la misma forma, la categoría "perspectivas futuras" fue subdividida en tres subcategorías: "el futuro" (20UR); "adaptaciones" (17UR); y "superación" (5 UR).

El análisis de las declaraciones de los enfermeros rindió 107 UR; 36 originaron la categoría "las contradicciones" y 71 originaron la categoría "propuestas de trabajo".

La categoría "las contradicciones" fue subdividida en dos subcategorías: "las contradicciones vividas por los cuidadores familiares" (22UR) y "las contradicciones del sistema de salud pública" (14UR), mientras que la categoría "propuestas de trabajo" fue subdividida en cuatro subcategorías: "escucha" (21UR), "resolución" (20UR), "nuevas estrategias" (20UR) y "experiencias positivas" (10UR).

En la categoría “las dificultades”, se destacó la subcategorías “los conflictos”. Los conflictos están presentes tanto en la relación con el anciano como en las relaciones intrafamiliares, pues la dinámica de la familia necesita ajustarse para atender a las necesidades de todos sus miembros. Las siguientes declaraciones ilustran esta situación:

Es la situación de ellos aceptar. Si usted les dice que es de día, ellos dicen que es de noche. Parece que ellos están siempre al contrario. Ahí después dice: ¿Piensa que está hablando con quien? (PC8 en 2015)

Mi hija dijo: “Suelta a mi abuela.” Me pareció agresivo, me quedé sin entender, y mi otra hija dijo: “ella dice que no te quedes tan preocupada con el futuro, deja las cosas seguir su rumbo.” Me pareció medio grotesco. (PC4- en 2015)

Todavía en esta categoría, se presenta la subcategorías “el cuidado de sí y el cuidado al otro”, que trata de la contradicción entre necesitar ser cuidado y tener que cuidar. Esta contradicción puede observarse en las siguientes declaraciones:

Me duele mucho la rodilla, a veces el anciano anda, pero necesita apoyarse, la persona que es el apoyo se queda con dolor en el local que él se apoya (PC3 en 2015).

Fue muy buena nuestra reunión, me sentí fortificada, feliz porque encontré el camino y ahora de aquí en adelante, iré a vivir mi vida. Primero yo y después los otros. Como ustedes dijeron, tenemos que estar bien para ayudar a los otros (PC8 en 2015).

Finalmente, tenemos la subcategoría “el pasado emerge”. Mucho de lo ya ha pasado se trae para el presente frecuentemente, como se puede verificar en las siguientes declaraciones:

La [...], tiene 93 años, pero siempre ha sido una persona muy sagaz. A partir del momento que ves como la persona es y va decayendo [...]. Yo tengo 48 años, soy hija adoptiva. Me di cuenta hace un año que ella está muy olvidadiza, las cosas de hoy a ella se le olvidan. Ahí noté también: cómo es que yo ando muy estresada, ando más olvidadiza, tengo picos hipertensivos, ahora soy hipertensa. Estoy muy olvidadiza (PC2 en 2015).

Mi mujer era muy activa, yo tuve que aprender a hacer todo solo, ella es joven, tiene 60 y pocos años, tengo que ser el porta-voz (PC7 en 2015).

En la segunda categoría, “perspectivas futuras”, está la subcategorías “el futuro”, que representa la preocupación con lo que está por venir, considerándose las actuales dificultades. Esta preocupación con el futuro está representada en las siguientes declaraciones:

Mi mayor problema es caso yo falte, teniendo en cuenta que no soy una persona saludable. Soy cardiópata y ya me han operado dos veces para colocar stent. Mi esposa es muy dependiente. Es claro que tenemos un hijo que me ayuda mucho, pero ella ve al hijo como hijo. Entonces solo pienso en cuando yo no esté, sabiendo que soy yo que hago todo y ella no se preocupa con nada. (PC7 em 2015)

Si usted quiere que su madre sea bien tratada. Clínica Yo voy para allá, ya está decidido, yo tengo una casa grande y buena, la alquilo y me voy para allá. (PC8 en 2015)

Todavía en esta categoría, está la subcategorías “adaptaciones”, que trata de los ajustes que los cuidadores necesitan realizar para dar abasto con las responsabilidades del cuidado:

No queremos sobrecargar, porque nuestros hijos trabajan y tienen hijos. Hoy, por ejemplo, para poder estar aquí, ella se quedó en la casa de mi hija con la ayudante. (PC9 en 2015)

Para salir, tenemos que anticiparnos, por ejemplo – ah, yo tengo que salir ahora, ahí ella va y se sienta en el sofá, ahí, usted se queda viendo la tele con ella porque si ella vuelve al cuarto se cambia de ropa de nuevo. (PC10 en 2015)

Finalmente, la subcategorías “superación”, que es la capacidad que el cuidador va desarrollando de reconocer que se gana algo a lo largo del proceso de cuidar, aunque haya dificultades y pérdidas. Este reconocimiento puede representarse por las declaraciones a seguir:

Dios todo lo ve y todo lo sabe. Acepté la enfermedad de Alzheimer, en este mundo, todo pasa. Agradezca a Dios la salud, la disposición y el chance de cuidar de su ser querido. Es un tiempo para reflexionar y pedir perdón por sus errores. Yo amo a mi madre. No importa como ella esté. Precisamos de los encuentros de cuidadores de ancianos. (PC4 en 2015)

El equipo aquí está ayudando mucho a enfrentar la situación. (PC1 en 2015)

Las declaraciones de los cuidadores familiares fueron presentadas a los enfermeros en la reunión de equipo. A seguir, se presentara lo que los enfermeros dijeron. La primera categoría es: “las contradicciones”:

Creo que tiene que ver con el concepto de virtud. Virtud no es quedarse en casa cuidando de alguien, virtud es tener un máster, un doctorado, los conceptos cambiaron. (PE1 en 2016)

En fin es eso, es difícil porque estamos en el hospital escuela, pero es desconsolador un montón de profesionales en el mundo que está en ruina, que es la enfermedad, la falta de dinero, la dependencia, falta de estructura familiar (PE4 en 2016, en comentario a la declaración de los cuidadores sobre la rotación de profesionales)

Sobre la categoría “propuestas de trabajo”, se evidencia la necesidad de acogida, de resolución a las demandas de los cuidadores y la importancia de la integración familia-profesional-servicio, como puede observarse en las siguientes unidades de registro:

No podemos tener miedo de hablar con el otro, me doy cuenta que hay mucha necesidad de ser valorizado, necesitamos sentir, oír y colocarse delante del otro sin miedo de ser cursis. (PE7 en 2016)

Yo potencialicé lo que cada uno tiene de mejor, todo cuidador tiene algo que

puede potencializar, lo que es capaz de ser mejor. (PE5 en 2016)

Nosotros deberíamos tener un centro día aquí dentro. El cuidador podría dejar al anciano aquí, él sería cuidado haciendo estimulación cognitiva mientras que el cuidador sale y va a ser sus cosas, eso lo iba a dejar más renovado e iría atender las dos demandas: la del anciano y la del cuidador. (PE1 en 2016)

A mí siempre me gustó mucho la interconsulta, siempre creí que con aquello él sale más seguro. Sabe aquel día que él sale y: ¿hoy yo oí a las personas hablando de la misma cosa?! Entonces, pienso que la interconsulta es muy valiosa. En toda la falta de estructura que tenemos, la falta de tiempo, huelga, falta de dinero, en fin, nos quedamos tan fijos en aquello que perdemos lo que está alrededor. (PE4 en 2016)

DISCUSIÓN

Las subcategorías que emergieron en el estudio se refieren a aspectos de la salud mental relacionados a la autoestima, autosuperación, memoria afectiva, capacidad de adaptación, gestión de conflictos y proyección de futuro. Se sabe que la prestación de cuidados puede afectar negativamente la salud mental del cuidador, pero la asociación dinámica de las variables todavía no está clara⁽¹⁰⁾.

Los resultados encontrados se aproximan a los resultados de otra investigación con familiares de ancianos, que evidenció que los familiares cuidadores de personas ancianas con Demencia de Alzheimer tienen dificultades de orden física,

mental y social⁽¹¹⁾. Otros estudios son necesarios para revelar si la sobrecarga del cuidador está más relacionada a los determinantes sociales o a la personalidad del cuidador.

Se sabe que la enfermedad de un miembro de la familia significa el aumento de los gastos y la reorganización de la dinámica familiar. Incluso, cuando hay un cuidador contratado, la gestión del cuidado permanece a cargo de un familiar. El impacto de los gastos de la familia con el anciano varía de una clase social a otra. Independiente de eso, siempre habrá una pérdida financiera si se compara con el período antes de la enfermedad. Esta situación obliga a que se reorganice la planificación del presupuesto del hogar. Entre los gastos, se destacan los gastos médicos directos con el proceso del tratamiento, como medicamentos y transporte para el servicio de salud; y los gastos indirectos, como, por ejemplo, el tiempo que los cuidadores dedican al paciente en vez de realizar una actividad remunerada⁽¹²⁾.

En relación a la subcategoría “el cuidado de sí y al otro”, se observó que la dedicación al otro se sobrepone al tiempo designado a sí mismo, lo que puede ocasionar que el cuidador se sobrecargue y se enferme. En esas ocasiones, el acompañamiento de enfermería contribuye al autocuidado de los cuidadores, ayudándolos a superar las dificultades y estimulando el desarrollo de sus potencialidades⁽¹³⁾.

Sobre la subcategoría “el pasado emerge” es necesario destacar que la familia es una unidad en constante transformación. Por esta razón, el conflicto familiar está asociado al desarrollo y a la persistencia de inúmeros comportamientos desajustados. O sea, existen ambientes familiares que se relacionan con la persistencia de comportamientos negativos a lo largo de las generaciones. En contrapartida, aspectos positivos del cuidado pueden ser un mecanismo que relacionan la satisfacción con la vida y la sobrecarga del cuidador⁽¹³⁾.

En el escenario actual, las relaciones familiares se caracterizan por su fragilidad, discontinuidad y fragmentación. Estas condiciones producen una dinámica familiar en la que los síntomas y sufrimientos psíquicos funcionan, muchas veces, como mecanismos defensivos del grupo y de los sujetos. Tales inquietudes atraviesan las reflexiones desarrolladas en este trabajo. Siendo así, familias que no consiguen constituir una red de ayuda mutua presentan más sufrimiento psíquico entre sus miembros⁽¹⁴⁾.

Estos sufrimientos se muestran en muchas situaciones, asociados a un empobrecimiento simbólico que ocurre, principalmente, en el interior de la familia. Por esta razón, las asuntos como la constitución del psiquismo, vida parental, lazos y sufrimiento psíquico están articulados y conocerlos contribuye, no solo a la clínica, como también a las intervenciones realizadas por los agentes de salud pública⁽¹⁾.

La segunda categoría trata sobre las perspectivas futuras. Los cuidadores revelan la preocupación: ¿Y si me muero, quién me va a substituir? Como se sabe, 10% de los cuidadores son ancianos frágiles⁽¹⁵⁾, entonces, este cuestionamiento es pertinente. Esta preocupación genera sufrimiento, por la incertidumbre de la continuidad del cuidado, si también el cuidador se enferma. Sobre el tema “adaptaciones”, se observa que la presencia de miembros de diferentes generaciones en la misma familia puede constituir un soporte, a pesar de las limitaciones relativas al tiempo disponible y a la preparación adecuada para realizar el cuidado del anciano⁽¹⁴⁾.

En los *workshops*, los coinvestigadores revelaron que cuentan con otros familiares para ayudarlos con el cuidado solo en determinados momentos, debido a la disponibilidad de tiempo y la poca afectividad en la relación. Al estudiarse la funcionalidad familiar del anciano con demencia, se observa que el cuidar se hace

difícil cuando no hay una red familiar efectiva, tornando las tensiones familiares más evidentes e influenciando la disfunción familiar⁽¹⁵⁾.

En esa categoría, también emergieron la culpa y la superación. La culpa se relaciona a lo que no se logra hacer y la superación a lo que se logra hacer, sintiéndose realizado. Los enfermeros observaron en las declaraciones que había una polarización de sentimientos, y esto es una de las contradicciones experimentadas por los cuidadores familiares de ancianos.

En los *workshops*, cuando los cuidadores familiares hablaban de su historia conflictiva, de resentimientos y perdón, relacionada al anciano, se notó que la dependencia de cuidados rescata situaciones del pasado y que el cuidar del otro puede desencadenar una nueva posibilidad de relación mutua. Para planificar el cuidado familiar en situación de enfermedades, es relevante que se conozca el contexto familiar⁽¹⁵⁾.

Cuando se trata de personas con edades distintas, cuya convivencia ocurre bajo el mismo techo, a la luz de las experiencias, de los comportamientos, de las personalidades y de las diferentes formas individuales de ver la realidad, existe una línea tenue entre soporte y conflicto, como resultado de la mala acomodación de ciertos valores antagónicos⁽¹⁷⁾. No obstante, cuando el enfermero dice “yo potencialicé el cuidado”, como una estrategia de transformar las adversidades en algo positivo, él está más capacitado para enfrentar los desafíos inherentes al proceso de cuidar, respetando “los talentos” de cada integrante de la familia. Tanto los cuidadores como los enfermeros notaron que era necesario que el enfermero ayudara en la disposición de los recursos para la realización de un mejor cuidado.

Los enfermeros reconocen las dificultades referentes a la estructura del servicio, sin embargo, logran vislumbrar un plan de acción para enfrentar las adversidades y producir un cuidado integral para la familia.

En síntesis, se observó que la investigación participativa involucra el compromiso político de los actores sociales, ya que la problematización de la relación entre servicios, profesionales de salud y la población potencializó la red de ayuda a los cuidadores acompañados por el Sistema Único de Salud. De esta manera, la relevancia social y científica del estudio consiste en la contribución a la promoción de la salud del anciano y del cuidador, entendiendo atención a la salud en su integralidad, pues preparar al familiar del paciente para que realice los cuidados en el domicilio es un estrategia de educación y salud que objetiva la manutención o la mejoría del estado de salud del enfermo y su cuidador.

Por tanto, este trabajo pretende contribuir a la salud das personas, ya que al comprender que el proceso de envejecimiento es inherente de la vida humana, se justifica el empeño por querer tener condiciones favorables para cuidar de la cuidado familiar.

Finalmente, después del análisis de las declaraciones, se elaboró un plan de acción junto a los enfermeros, que incluyó desde la valorización de la escucha, la consulta de enfermería como espacio de intercambio y las orientaciones, hasta la realización de actividades que promuevan la salud de los cuidadores, con temas abiertos en forma de pregunta, posibilitando la escucha de sus demandas.

Se destaca como limitación del estudio que el escenario era un servicio especializado en anciano, retratando una realidad privilegiada en relación a los cuidadores familiares, que ni siquiera tienen acceso a un servicio de salud. Las huelgas en el servicio forzaron a que se reorganizara el cronograma de actividades. Aparte de eso, se deduce que los resultados pueden variar si el contexto social de la familia del anciano es diferente.

Se observó que las adversidades vividas por los cuidadores familiares de ancianos no

dejarán de existir, pero que hay acciones que los enfermeros pueden realizar para ayudarlos a superarlas. Desde una perspectiva más amplia para la enfermería, este tipo de investigación se puede ser favorable al enfrentamiento de problemas, a través de la mejoría de los procesos de trabajo⁽¹⁷⁾.

En este sentido, la teoría de la Producción Social fue una base para comprender el contexto, pues a pesar de saberse que la situación político-económica del país afecta a todos, los menos favorecidos son las personas más dependientes de los servicios prestados por las instituciones públicas⁽¹⁸⁾. Entonces, las pesquisas sociales pueden contribuir para estimular el sentido de comunidad y la participación, contraponiéndose al fatalismo en situaciones de crisis socioeconómicas. El sentido de comunidad sería una estrategia para fortalecer los grupos para resolver problemas comunes. En este caso, los cuidadores familiares y los enfermeros están inseridos en un grupo social mayor, que abarca a los ancianos, los profesionales de salud y a los gestores de los servicios. Esta participación implica cierto nivel de activismo y compromiso⁽¹⁹⁾.

Esta teoría permitió comprender, por ejemplo, que la no adherencia del cuidador a las orientaciones de los profesionales es una cuestión más allá de la conducta individual, pues existe un motivo por detrás de su actitud. Por lo tanto, el enfermero necesita ampliar su visión sobre el contexto social que la persona vive, su historia de vida y sobre la respuesta que ella le da a las situaciones de estrés: si ella enfrenta el problema o se queda paralizada.

De esta manera, la gestión del cuidado ofrecido a la persona anciana abarca la búsqueda por prácticas mejores relacionadas al tratamiento, seguridad, garantía de derechos y soporte a la familia⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Con este estudio, fue posible comprender que las actividades en grupo de cuidadores son más que un momento de catarsis, ellas fortalecen al grupo, al servicio y contribuyen a la construcción de una red de ayuda. Fue a través de los problemas presentados en los workshops que los enfermeros pudieron trazar un plan de acción para responder a las necesidades de los cuidadores familiares de ancianos.

De esta manera, se afirma que la promoción de la salud de los cuidadores familiares y de los ancianos, al ser abordados de forma integral, da subsidios para realizar el cuidado domiciliario y enfrentar los desafíos inherentes al proceso de cuidar. Siendo así, este estudio es relevante para la enfermería gerontológica, pues aproxima el ideal que está dispuesto en las políticas públicas con la realidad de los servicios de salud, en especial, con la realidad de los cuidadores familiares del Sistema Único de Salud.

CITAS

1. Costa JL, Mourão V, Gonçalves MD. O impacto da "vulnerabilidade extrema" dos doentes nos seus cuidadores principais: Uma perspectiva multidimensional. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 28]; 17(1): 27-43. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/19656/14528>.
2. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RSA. vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Ago [citado 2018 Out 28]; 70(4): 682-688. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400682&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>.
3. Fernandes Carla Sílvia, Angelo Margareth. Family caregivers: what do they need? An

- integrative review. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 29] ; 50(4) : 675-682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400675&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>.
4. CALDAS CP, Berteró C. Taking the responsibility in dementia care: a concept analysis about facticity. *Nursing Open*. [Internet] 2018..[cited 2018 Oct 29] 5: 310-316. Feb Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.162>. DOI: 10.1002/nop2.162
 5. OLIVEIRA, Jullyana Marion Medeiros de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; OLIVEIRA, Jacira dos Santos. Nursing diagnosis and results for the institutionalized elderly: a methodological study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 110-20, june 2015. ISSN 1676-4285. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5151>>. Date accessed: 29 oct. 2018. doi:<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155151>.
 6. Brasil Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências Humanas e Sociais [Internet]. 2016 [cited 16 Nov 2016]. *Diário Oficial da União*. 07.abr.2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
 7. Sobelson RK, Young AC, Wigington CJ, Duncan H. Early Evaluation findings from a federally funded training program: the public health associate program. *J Public Health Manag Pract* [internet] 2017 Feb [cited 2017 Feb 11];8(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28181967> doi: 10.1097/PHH.0000000000000546.
 8. Duque-Arazzola LS, Thiollent MJM (Orgs). João Bosco Guedes Pinto: metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação. Belém: UFPA; 2014.
 9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
 10. Carlozzi NE et.al. Health- related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury. Development of conceptual model. *Arch phys med. Rehabil* [internet]. 2015. [cited 2016 mai 21]; Jan 96 (1):105-13.J.Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25239281>. doi:

- 10.1016/j.apmr.2014.08.021.
11. Ilha S, Backes DS, Santos SSC, Gautério-Abreu DP, Silva BT, Pelzer MT. Alzheimer's disease in elderly/family: Difficulties experienced and care strategies. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016. Mar [cited 2016 Nov 4];20(1):138-46. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0138>. DOI: 10.5935/1414-8145.20160019
 12. Maresova P, Kuca K. Missing uniform costs classification for Alzheimer's disease treatment and care. [Internet]. 2018. Aug [cited 2018 out 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30173646>. doi: 10.2174/1567205015666180831103018.
 13. Fauziana R. et.al. Positive caregiving characteristics as a mediator of caregiving burden and satisfaction with life in caregivers of older adults. *J Geriatric Psychiatry. Neurol.* [Internet].2018. Sep [cited 2018 out 29]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30260715>. doi: 10.1177/0891988718802111.
 14. Rothemberg WA, Hussong AM, Chassin L. Intergenerational continuity in high conflict Family environments. *Dev Psychopahtol* [Internet] 2016. Feb [cited 2016 Feb 11];28(1):293-308. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904847/> doi: 10.1017/S0954579415000450
 15. Santos-Orlandi Ariene Angelini dos, Brito Tábatta Renata Pereira de, Ottaviani Ana Carolina, Rossetti Estefani Serafim, Zazzetta Marisa Silvana, Pavarini Sofia Cristina lost. Elderly who take care of elderly: a study on the Frailty Syndrome. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Aug [cited 2018 Oct 29]; 70(4): 822-829. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400822&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474>.
 16. Brennan SE, McKenzie JE, Turner T, Redman S, Makkar S, Williamson A et al. Development and validation of SEER (Seeking, Engaging with and Evaluation Research): a measure of policy makers capacity to engage with and research. *Health Res Policy Syst*[Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Feb 11];15(1):1. Disponível em: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-016-0162-8>. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0162-8>
 17. Thiollent MJM, Toledo RF. Participatory Methodology and Action Research in the Area of Health. *International Journal of Action Research* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 15];8 (2):142-58. Disponível em: from: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/41410/ssoar-ijar-2012-2-thiollent_et_al-Participatory_Methodology_and_Action_Research.pdf?sequence=1
 18. Barros MEB, Roza MMR, Guedes CR, Oliveira GN. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 15];18 (Supl 1):1107-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1107>.DOI: 10.1590/1807-57622013.0238
 19. VALLEJO-MARTIN, M.; MORENO-JIMÉNEZ, M. P.; RIOS-RODRIGUEZ, M. L. Sentido de comunidade, fatalismo y participación en contextos de crisis socioeconómica. *Interv. Psychosoc., Madrid.* [Internet].2017. [cited 2018 out 29]; 26(1) : 1-7. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592017000100001&lng=es&nrm=iso>.
 20. Kajounius P, Kazemi A. Safeness and treatment mitigate the effect of loneliness on satisfaction with elderly care. *Gerontologist*[internet] 2016 Oct [cited 2017 feb 11];56(5):928-36.Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5019041/?tool=pubmed> doi: [10.1093/geront/gnu170]

Participación de los autores:

Nombre del autor	Participación
Barbara Martins Corrêa da Silva	participó en la concepción del proyecto, recolección de los datos y elaboración de la versión final del manuscrito
Claudia Feio da Maia Lima	participó de la recolección de los datos y elaboración de la versión final del manuscrito
Mirian da Costa Lindolpho	participó de la recolección de los datos y elaboración de la versión final del manuscrito
Thiara Joanna Peça- nha da Cruz Tavares	participó de la recolección de los datos y elaboración de la versión final del manuscrito
Célia Pereira Caldas	participó en la concepción del proyecto, recolección de los datos y elaboración de la versión final del manuscrito

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 05/26/2017

Revisado: 10/22/2018

Aprobado: 10/22/2018