



Telecuidado no acompanhamento pós-alta de idosos com demência e seus cuidadores: quase-experimental

Rosimere Ferreira Santana¹, Thais da Silva Soares¹, Carla Targino Bruno dos Santos², Ana Beatriz Serra Hercules¹, Mirian da Costa Lindolpho¹, Yolanda Elisa Moreira Boechat¹

¹ Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil
² Universidade de Brasília, DF, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar o efeito do telecuidado na redução na sobrecarga no cuidador e na manutenção da capacidade funcional e comportamental do idoso no pós-alta hospitalar. **Método:** pesquisa quantitativa, quase-experimental, com delineamento anterior-posterior, envolvendo como intervenção o telecuidado. **Resultado:** as avaliações pós teste demonstraram que a intervenção foi efetiva para diminuir a sobrecarga do cuidador Zarit (p -valor $< 0,001$); no Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) houve mudança no item Desgaste (p -valor $= 0,002$) demonstrando a melhora do enfrentamento dos cuidadores mediante as alterações comportamentais; no entanto os testes Prisma 7 (p -valor $= 0,002$) houve diferença no entanto devido a mudança no fator idade dos idosos; e no KATZ 70% dos pacientes não houve alteração, para 25% o escore reduziu e para 5% o escore aumentou. Em análise global, a alteração no KATZ não foi significativa sob o ponto de vista estatístico (p -valor $= 0,102$). **Conclusão:** contudo os dados desse estudo demonstraram que o telecuidado diminuiu a sobrecarga e o desgaste dos cuidadores, e a manutenção da capacidade para atividades de vida diária dos idosos.

Descritores: Telemedicina; Saúde do idoso; Doença de Alzheimer; Enfermagem geriátrica.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional no Brasil vem sendo marcado como um dos maiores desafios da atualidade, visto que está relacionado a uma crescente demanda social e econômica. No cenário brasileiro, cerca de 85% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e 10% destes apresentam comorbidades; entre as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) que acometem as pessoas na fase do envelhecimento, as demências se destacam por terem características que não afetam apenas o indivíduo doente, mas se estendem a toda estrutura familiar e à sociedade, causando nelas um grande impacto psicossocial e econômico⁽¹⁾.

A demência reveste-se de maior importância como problema de saúde devido ao aumento do contingente da população envelhecida em todo mundo, particularmente a faixa etária dos 80 anos⁽²⁾. Dados epidemiológicos indicam que mais de 24 milhões de pessoas sofrem de alguma demência no mundo e que esta estimativa pode ultrapassar 80 milhões em 2040⁽³⁾.

A demência apresenta algumas alterações e, estas alterações apresentam evolução deteriorante e torna o doente cada vez mais dependente de cuidados e sem autonomia para a realização de atividades simples do cotidiano, fazendo-se necessária a presença de um cuidador⁽³⁾.

Conviver com idosos demenciados requer alteração significativa na dinâmica familiar, pois as novas necessidades do membro doente precisam ser incluídas no cotidiano

de todos os envolvidos nesse processo. Geralmente uma única pessoa ocupa o papel de cuidador, seja por instinto ou vontade, seja disponibilidade ou capacidade. Ele passa então a ser denominado cuidador principal e assume tarefas de assistência, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas⁽⁴⁾.

As orientações de enfermagem sobre o cuidado realizado em domicílio são fundamentais para a qualidade de vida do idoso e de sua família, uma vez que há sobrecarga física e emocional sobre quem oferta o cuidado, e requer a execução de técnicas específicas de enfermagem como mudança de decúbito, banho, alimentação, cuidados com a pele, etc. As demandas familiares, normalmente giram em torno do manejo do idoso demenciado com transtornos comportamentais. Desta forma, a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado de um familiar é imensa⁽⁵⁾.

Nesse contexto, no que se refere à saúde do cuidador, pode-se destacar além da sobrecarga, já mencionada, o acúmulo de atividades, a falta de estrutura das habitações, alto custo do cuidador familiar com o cuidado do idoso, as deficiências no sistema de saúde e o isolamento social tanto do idoso como do cuidador. É possível compreender que os problemas citados são apenas alguns dos contribuintes para aumento da tensão e do estresse, culminando com o aumento do sentimento de sobrecarga⁽⁶⁾.

Dessa forma, é fundamental que

profissionais de saúde treinem o cuidador e o apoiem para a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a se sintam seguros⁽⁵⁾. Contudo, devido as dificuldades encontradas no transporte do idoso com demência até a unidade de saúde, na marcação de consultas, como também na realização de visitas domiciliares periódicas pela equipe de saúde⁽⁷⁾, o uso de tecnologias assistidas, como a telecuidado ou telemonitoramento, pode ser uma alternativa promissora e viável no que se refere ao acompanhamento do idoso com demência e seus cuidadores.

O telecuidado consiste em um sistema integrado e define atividades de saúde que podem ser realizadas a distância. Esse acompanhamento pode ser realizado através de consultas virtuais, vídeo conferência, ligações telefônicas e mensagens de celular⁽⁸⁾, culminando na redução da necessidade de cuidados comunitários, evitando a admissão hospitalar desnecessária; atrasando ou impedindo a admissão em cuidados residenciais ou de enfermagem.

Segundo um estudo de revisão sistemática⁽⁶⁾; há apenas dois artigos que abordam o telecuidado com atuação do enfermeiro⁽⁹⁻¹⁰⁾. Através do uso do telecuidado, nota-se, a aceitação por parte dos cuidadores uma vez que os resultados das pesquisas foram positivos⁽⁶⁾. Destaca-se o aumento do número de pacientes acompanhados, melhor compreensão do impacto prático e emocional da demência na vida diária, maior confiança na prestação

de cuidados com aumento das habilidades de cuidar, da sobrecarga do idoso com demência e redução da carga do cuidador. O telecuidado tem sido uma intervenção de suma importância, uma vez que aumenta a velocidade do acesso entre profissional-paciente, diminui tempo de espera e custos de locomoção para consultas presenciais. Observou-se ainda o retorno positivo por parte dos cuidadores quando houve atuação direta da enfermeira no acompanhamento a distância^(6;9-10). Com isso, vê-se que o acompanhamento a distância por meio de tecnologias assistidas tende ser cada vez mais utilizado visando melhores resultados no cotidiano da díade cuidador-idoso.

Apesar da carência de artigos sobre o uso do telecuidado aos idosos com Demência e seus cuidadores com atuação do enfermeiro, os artigos encontrados descrevem o uso das tecnologias como uma alternativa viável na prestação de cuidados de qualidade e de fácil acesso no acompanhamento de idosos com Demência e seus cuidadores^(6;9-10).

Logo, o objetivo do estudo foi analisar o efeito do telecuidado na sobrecarga no cuidador e na capacidade funcional e comportamental do idoso no pós-alta hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, quase-experimental, com delineamento anterior-posterior, envolvendo a intervenção de “telecuidado” em idosos com demência e seus cuidadores no pós alta hospitalar.

Todos os participantes desse estudo foram submetidos, inicialmente, a um instrumento de produção de dados composto por instrumentos adequados a essa população, reconhecidos internacionalmente e validados em nossa língua: a) Cuidadores: Inventário de Sobrecarga do Cuidador – ZARIT; b) Idosos: coleta da história clínica detalhada; exame físico; PRISMA-7; Inventário Neuropsiquiátrico; Avaliação das Atividades básicas de Vida Diária - KATZ. Dessa forma obteve-se todos os dados necessários para a seleção dos voluntários que atendam aos critérios: Critérios de inclusão: a) Idoso: Estar hospitalizado por questões clínicas; Ter como diagnóstico secundário Demência; Ter cuidador principal; Ser acompanhados pela Unidade Integrada de Prevenção (UIP); Ter idade maior que 65 anos e, Mini Exame do Estado Mental - MEEM menor ou igual que 26; b) Cuidador: Cuidador possuir disponibilidade para orientações; ter capacidade cognitiva de resposta orientada no tempo e espaço para essa interface com a pesquisadora e aceitar participar da pesquisa clínica. Critérios de exclusão: a) Idoso: Possuir instabilidades clínicas como, por exemplo, balão de oxigênio, Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada, doença pulmonar obstrutiva congestiva, doenças cerebrovasculares, doenças psiquiátricas e estar em cuidados paliativos exclusivos; b)

Cuidadores: Apresentar déficit auditivo que limite a comunicação por telefone e\ou vídeo-chamada através do aplicativo *Whatsapp*®; e cuidador com distúrbio psiquiátrico sem tratamento. Critério de Descontinuidade: Atender a, no mínimo, 75% das chamadas.

A pesquisa realizou-se em uma Rede Hospitalar Filantrópica que possui atendimento especializado e auto-gestor em Geriatria e Gerontologia no município do Rio de Janeiro, logo, é constituído por um universo fechado de clientes.

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos uma vez que cerca de 50% dos cuidadores eram idosos que não sabiam utilizar o aplicativo de vídeo-chamada ou não possuíam smartphone somente telefone fixo, portanto receberam ligações exclusivamente de modo convencional; e o grupo por Vídeo-chamada através do aplicativo *Whatsapp*®. Após a divisão, foi realizado o acompanhamento da intervenção de Telecuidado e a avaliação antes e depois do idoso com demência e seu cuidador. Salienta-se que fora utilizada a mesma intervenção e o mesmo protocolo para ambos os grupos, somente a forma de ligação que se alterou. O período de coleta de dados foi de dezembro de 2018 a março de 2019. O delineamento da pesquisa ocorreu conforme a figura 01.

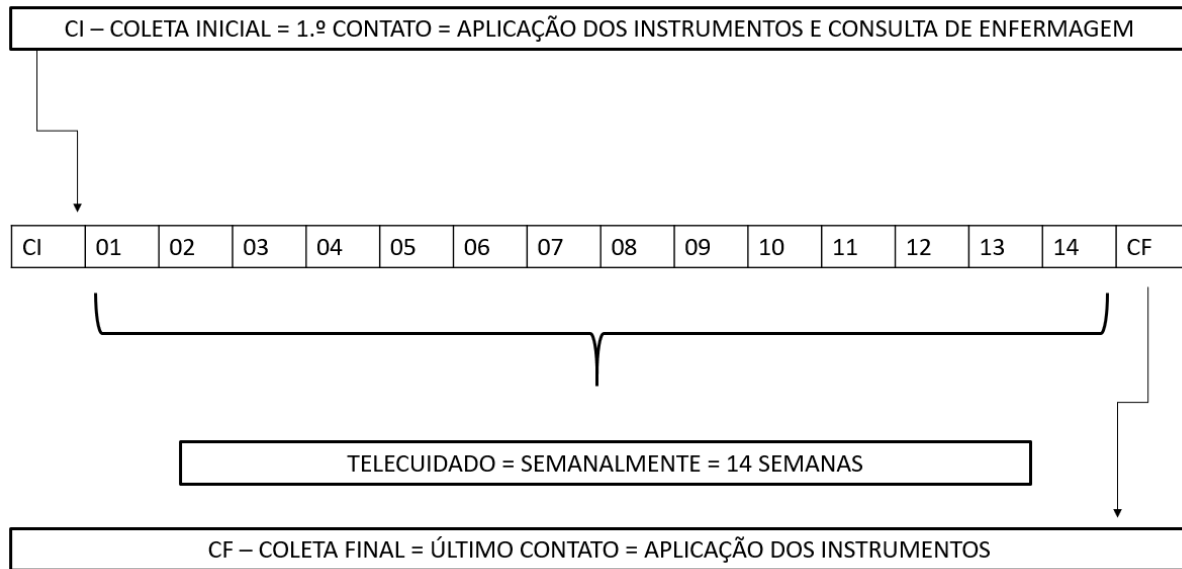


Figura 1 – Delineamento da pesquisa. Niterói, Rio de Janeiro, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

O acompanhamento para identificação da manutenção e/ou alteração da capacidade funcional do idoso com demência e sobrecarga do cuidador ocorreu antes da intervenção durante a hospitalização, e depois no domicílio do idoso por um avaliador treinado enfermeiro especialista em gerontologia, diferente daquele que realizou a intervenção. No que se refere ao acompanhamento por telecuidado, esse foi realizado através de um instrumento que conteve perguntas sobre o cuidador, o idoso com demência, a família além de orientações referentes aos cuidados em domicílio obtidos segundo revisão sistemática da literatura⁽⁶⁾. O instrumento de Telecuidado enfocou: a rotina de cuidado; relação entre o cuidador principal e o idoso com demência; alterações ocasionadas pela evolução da doença. Permitiu-se ao final de cada ligação um momento para comentários e retirada de dúvidas finais.

As ligações foram realizadas no horário de 8 às 18h sempre as quartas e sextas ou terças e quintas. Ao final da ligação, a pesquisadora realizou agendamento da próxima ligação no dia e horário de preferência do participante.

O desfecho esperado do estudo consistiu na redução de sobrecarga do cuidador, diminuição de sintomas neuropsiquiátricos pelo idoso, e manutenção da capacidade funcional do idoso com demência avaliados através dos testes anteriormente citados.

No que se refere às variáveis sociodemográficas e clínicas, destacam-se: -a Idade: autodeclarada a partir da data de nascimento (dia/mês/ano), expressa em anos completos; -Sexo: autodeclarado e categorizado em: feminino e masculino; - Estado civil: autodeclarado e categorizado em: solteiro; casado; viúvo; separado/divorciado; -Nível de Escolaridade: autodeclarado e categorizado em analfabeto, fundamental incompleto,

fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo; -Renda: autodeclarada e categorizada em: trabalhador com carteira assinada; autônomo; estudante; do lar; aposentado; pensionista; desempregado e outra; -Doenças crônicas: autodeclarada: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

Em relação às variáveis relacionadas ao acompanhamento por telefone ressalta-se a duração das ligações telefônicas, considerando o tempo em minutos das ligações, e marcando a hora iniciada e a hora finalizada.

A partir da coleta dos dados foi construído dois bancos de dados que foram analisados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2013.

O Banco de Dados 01 contém dados abrangendo variáveis de base sociodemográfica, variáveis da primeira avaliação e variáveis observadas nas avaliações subsequentes. O Banco de dados 02 contém dados apenas das ligações baseadas no protocolo ao grupo experimento no período de análise, juntamente com as variáveis de base sócio demográfico e subsequentes destes pacientes.

A análise descritiva dos dados teve como objetivo apresentar as características dos pacientes, dos seus cuidadores e da intervenção; foi feita baseada na construção de gráficos, distribuições de frequências e cálculo de estatísticas descritivas (proporções de interesse e

cálculo de mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação – CV para as variáveis quantitativas). A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se $CV < 0,20$, moderada se $0,20 \leq CV < 0,40$, e alta se $CV \geq 0,40$.

A análise inferencial teve como objetivo avaliar a significância estatística das diferenças observadas. Para verificar associação significativa entre duas variáveis qualitativas, objetivou-se usar o Teste Qui-Quadrado ou, quando o Teste Qui-Quadrado se mostrar inconclusivo e for possível, o Teste Exato de Fisher. Na Análise Inferencial de uma variável quantitativa, a comparação da distribuição da variável quantitativa de dois grupos independentes foi feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, devido aos pequenos tamanhos dos subgrupos.

Todas as discussões foram realizadas ao nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes de significância estatística: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste foi menor que 0,05.

RESULTADOS

O total de participantes abordados para a realização deste estudo contabilizou 660 participantes. Desse valor geral foram subtraídos 450 participantes que tiveram o resultado do MEEM maior que 26 e 190 participantes que não atenderam aos critérios de inclusão: 20 se recusaram em participar da pesquisa; 13 apresentaram

complicações durante a internação prolongando a hospitalização para um tempo superior a 60 dias; 100 eram residentes de ILPI ou Homecare; 45 possuíam câncer em estado avançado com metástase ou eram cuidados paliativos; 07 sujeitos apresentavam-se em reinternação e 05 foram a óbito.

Teve-se então uma amostra de 20 participantes para o acompanhamento de telecuidado, 10 no grupo de telecuidado por ligação telefônica e 10 no grupo de ligação por vídeo-chamada através do aplicativo *Whatsapp*®, alocados segundo demanda. Ressalta-se que não houve perda de

seguimento.

Para verificar a existência de uma homogeneidade na amostra traçou-se o perfil característico dos idosos com demência (Tabela 1). Verificou-se que os participantes têm as mesmas características de formação, ou seja, as mesmas condições iniciais de base. Tal constatação é importante para que o tratamento por telecuidado aplicado seja o principal fator que diferencia o grupo antes e depois da intervenção. E, assim os efeitos observados poderão ser atribuídos ao máximo ao telecuidado.

Tabela 1 - Características dos pacientes. Niterói, Rio de Janeiro, 2019.

Variável	Global n=20		p-valor
	n	%	
Idade (anos)			
70 — 75	2	10	0,765 ^(a)
75 — 80	1	5	
80 — 85	10	50	
85 — 90	3	15	
90 — 95	3	15	
95 — 100	1	5	
Sexo			
Feminino	08	40	0,679 ^(a)
Masculino	12	60	
Renda Familiar			
1 —4	05	25	0,796 ^(a)
4 —8	12	60	
8 —10	03	15	
Tempo de internação (dias)			
5 —20	13	65	0,567 ^(a)
20 — 35	3	15	
35 — 50	2	10	
50 — 65	2	10	
Escolaridade			
Ensino superior completo	20	100	1,000 ^(b)
MEEM			
0 — 10	14	70	
10 — 20	4	20	
20 — 30	2	10	
Vínculo com o cuidador			
Cuidador			
Familiar	11	55	Teste qui-

Profissional	6	30	quadrado não conclusivo
Ambos	3	15	
Diagnóstico de Internação			
ITU	7	35	0,194 ^(b)
Pneumonia	5	25	0,179 ^(b)
Cuidados paliativos avançados	3	15	0,345 ^(b)
Descompensação cardíaca	2	10	0,150 ^(b)
Quedas	1	5	1,000 ^(b)
Desidratação	1	5	1,000 ^(b)
Rebaixamento do nível de consciência	1	5	0,400 ^(b)

a) Teste de Mann-Whitney (b) Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

A Tabela 2 mostra a distribuição de frequências das características dos cuidadores. Quando realizados testes de significância comparando as distribuições dos fatores listados na Tabela 02 nos grupos masculino e feminino, os p-valores resultantes, quase todos maiores que 5%, mostram que não existem associações

significativas entre as distribuições das características dos cuidadores e o sexo dos pacientes. A exceção está para a declaração do cotidiano corrido que é significativamente mais citada quando o paciente é do sexo feminino (37%), p-valor=0,045 do Teste Exato de Fisher.

Tabela 2 - Características dos cuidadores. Niterói, Rio de Janeiro, 2019.

Fator	Global n=20		Paciente Feminino n=8		Paciente Masculino n=12		p-valor do teste exato de Fisher comparando as distribuições da variável nos grupos masculino e feminino
	n	%	n	%	n	%	
Cotidiano							
Tranquilo	10	50	3	37	7	58	0,650
Cansativo	2	10	2	25	0	00	0,147
Corrido	3	15	3	37	0	00	0,045
Planejado	8	40	2	25	6	50	0,373
Varia de acordo ao estado do idoso	6	30	2	25	4	33	1,000
Como o cuidador se sente							
Ansioso	7	35	3	37	4	33	1,000
Cansado	12	60	6	75	6	50	0,373
Calmo	1	05	0	00	1	08	1,000
Estressado	2	10	1	12	1	08	1,000
Esgotado	4	20	1	12	3	25	0,619
Padrão do sono							
Insônia	3	15	2	25	1	08	0,537
Dorme menos que 8 horas	14	70	5	62	9	75	0,642
Dorme mais que 8 horas	4	20	1	12	3	25	0,619
Atividades de Lazer							

Sair com amigos / família	6	30	1	12	5	42	0,325
Viajar	6	30	2	25	4	33	1,000
Frequentar a igreja	3	15	2	25	1	08	0,537
Outros	8	40	2	25	6	50	0,373
Alimentação							
Diminuída	1	05	1	12	0	00	0,400
Aumentada	1	05	1	12	0	00	0,400
Usa medicamento	2	10	2	20	0	00	0,147
Percepção de bem-estar	12	60	6	75	6	50	0,373
Percepção de enfrentamento	11	55	4	50	7	58	1,000
Percepção de piora estado de saúde do cuidador	16	80	7	87	9	75	0,619
Percepção de piora do estado de saúde do idoso	4	20	1	12	3	25	0,619
Conhecimento sobre a doença	20	100	8	100	12	100	1,000
Dificuldade em assistir o idoso	20	100	8	100	12	100	1,000
Mantém conversa com o idoso	17	85	7	87	10	83	1,000
Medo de realizar cuidados	8	40	3	37	5	42	1,000
Apreensão quanto ao estado de saúde do idoso	18	90	7	87	11	92	1,000
Medo de institucionalização	2	10	1	12	1	08	1,000
Recebe ajuda de outras pessoas	10	50	2	25	8	67	0,170
Modificou o ambiente para o idoso	8	40	3	37	5	42	1,000

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

O acompanhamento dos idosos e seus cuidadores se deu por até 14 ligações, realizadas a cada 7 dias. Sendo assim o tempo de acompanhamento foi de até 98 dias. As 4 primeiras ligações são as mais longas, variam de 40 a 70 minutos, com duração mediana de 51 minutos, média de 52,9 minutos e desvio padrão de 2,1 minutos, que representa baixa variabilidade da duração destas ligações (CV=0,15). A

partir da quinta ligação a duração da ligação tende a diminuir, a ponto de nas décimas quartas ligações, as ligações variam de 20 a 40 minutos, com duração mediana de 25 minutos, média de 27,5 minutos e desvio padrão de 5,5 minutos, que representa moderada variabilidade da duração destas ligações (CV=0,20). O Quadro 1 mostra as intervenções realizadas no telecuidado.

Quadro 1 – Intervenções realizadas durante o telecuidado. Niterói, Rio de Janeiro, 2019.

Intervenções Realizadas
Intervenção 1 - Incentivar o cuidador a falar os porquês das respostas
Intervenção 2 - Conversar visando demonstrar entender os motivos do cuidador
Intervenção 3 - Orientar sobre formas de melhorar a rotina do cuidado
Intervenção 4 - Determinar risco de segurança para idoso e cuidador
Intervenção 5 - Incentivar o cuidador a ventilar os seus sentimentos de maneira adequada e segura
Intervenção 6 - Auxiliar na identificação de atividades preferidas
Intervenção 7 - Auxiliar na atribuição de prioridades das atividades para acomodar os níveis de energia
Intervenção 8 - Orientar o cuidador a manter ciclo normal de sono
Intervenção 9 - Indicar técnicas de relaxamento e diminuição da cafeína
Intervenção 10 - Orientar sobre a importância do sono

- Intervenção 11 - Incentivar a realização das atividades de lazer
- Intervenção 12 - Orientar sobre a importância das atividades de lazer
- Intervenção 13 - Incentivar o cuidador a otimizar seu tempo destinado aos cuidados para que consiga destinar tempo para si mesmo
- Intervenção 14 - Incentivar o cuidador a cuidar da sua saúde
- Intervenção 15 - Demonstrar a importância que é o fato dele estar bem da saúde
- Intervenção 16 - Orientar sobre a necessidade de realização de dieta equilibrada
- Intervenção 17 - Explicar o uso adequado das medicações prescritas pelo médico
- Intervenção 18 - Incentivar a realização de consultar para acompanhamento de saúde
- Intervenção 19 - Explicar a gravidade do uso de drogas não farmacológicas
- Intervenção 20 - Esclarecer sobre a existência de grupos de ajuda
- Intervenção 21 - Manter a alimentação de costume, dando preferência a alimentação leve
- Intervenção 22 - Orientar sobre a importância de uma boa dieta, ingestão de líquidos e exercícios durante o dia
- Intervenção 23- Auxiliar no desenvolvimento de expectativas realistas sobre o cuidado
- Intervenção 24 - Auxiliar na identificação de atividades de aspectos precipitantes que podem ou não ser alterados
- Intervenção 25 - Verificar a necessidade de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, usar o vaso sanitário e alimentar-se
- Intervenção 26 - Encorajar o idoso a realizar as atividades normais de vida diária de acordo com a capacidade
- Intervenção 27- Incentivar o cuidador a encorajar a independência do idoso e intervir somente quando necessário
- Intervenção 28 - Identificar o tipo e grau de déficit cognitivo por meio de instrumento padronizado
- Intervenção 29 - Ensinar ao cuidador os planos médicos e de enfermagem para o cuidado
- Intervenção 30 - Determinar as expectativas comportamentais ao estado cognitivo do idoso
- Intervenção 31 - Avaliar o nível de conhecimento do cuidador
- Intervenção 32 - Orientar sobre a patologia
- Intervenção 33 - Esclarecer as dúvidas de acordo com a demanda
- Intervenção 34 - Avaliar e assegurar o melhor cuidado possível
- Intervenção 35 - Avaliar reação emocional e familiar da condição do idoso
- Intervenção 36 - Incentivar a interação entre familiar, cuidador e idoso
- Intervenção 37 - Verificar se o idoso apresenta sinais de abusos emocional
- Intervenção 38 - Identificar os cuidadores que possuem saúde física e/ou mental prejudicada
- Intervenção 39 - Incentivar a procura de uma ILPI
- Intervenção 40- Orientar sobre os agravos esperados do quadro clínico do idoso
- Intervenção 41 - Avaliar a possibilidade de revezamento dos cuidados
- Intervenção 42 - Incentivar o diálogo do cuidador com familiares a respeito dos cuidados
- Intervenção 43 - Orientar sobre condições adequadas para moradia do idoso
- Intervenção 44 - Orientar sobre os riscos de queda

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

A Tabela 3 mostra distribuição de frequências de cada intervenção apresentada no Quadro 1 por cada dia de ligação e no global. A partir das frequências globais observa-se que nas 14 ligações, as intervenções mais frequentemente realizadas, em mais de 90% das ligações, foram as intervenções: avaliar e assegurar o melhor cuidado possível; Incentivar o diálogo do cuidador com familiares a respeito dos cuidados; auxiliar na identificação de atividades de aspectos precipitantes que podem ou não ser

alterados; conversar visando demonstrar entender os motivos do cuidador; orientar sobre a importância das atividades de lazer; incentivar o cuidador a cuidar da sua saúde; incentivar a realização de consultar periódicas do acompanhamento de saúde; orientar sobre a não realização da automedicação; incentivar a interação entre familiar, cuidador e idoso; auxiliar na identificação de atividades preferidas; determinar risco de segurança para idoso e cuidado; orientar sobre a importância do sono, e; orientar sobre a necessidade de

realização de dieta equilibrada.

Tabela 3 - Frequência das intervenções tratadas em cada ligação. Niterói, Rio de Janeiro, 2019.

Interv enç ão	Lig açã o 1 %	Lig açã o 2%	Lig açã o 3%	Lig açã o 4%	Lig açã o 5%	Lig açã o 6%	Lig açã o 7%	Lig açã o 8%	Lig açã o 9%	Lig açã o 10 %	Lig açã o 11 %	Lig açã o 12 %	Lig açã o 13 %	Lig açã o 14 %	Glo bal %
Interv ençã o 1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	40	81, 1
Interv ençã o 2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	45	40	91, 8
Interv ençã o 3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv ençã o 4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40	30	90, 7
Interv ençã o 5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv ençã o 6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	45	30	91, 1
Interv ençã o 7	25	25	25	25	25	25	25	25	25	50	50	50	40	30	31, 8
Interv ençã o 8	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	20	30	25
Interv ençã o 9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	30	80, 4
Interv ençã o 10	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40	30	90, 7
Interv ençã o 11	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	30	80, 4
Interv ençã o 12	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91, 4
Interv ençã o 13	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	30	80, 4
Interv ençã o 14	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91, 4
Interv ençã o 15	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv ençã o 16	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	30	90
Interv ençã o 17	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv ençã o 18	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91, 4

Interv enção 19	100	100	100	100	100	100	100	45	45	50	50	50	50	30	72, 9
Interv enção 20	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91, 4
Interv enção 21	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 22	100	100	100	100	100	100	100	45	45	100	100	100	80	30	85, 7
Interv enção 23	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 24	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	65	30	92, 5
Interv enção 25	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 26	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	50	30	87, 1
Interv enção 27	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 28	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	30	80, 7
Interv enção 29	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 30	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	30	81, 1
Interv enção 31	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 32	95	95	95	95	75	75	75	40	40	95	95	95	50	30	75, 0
Interv enção 33	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 34	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	95
Interv enção 35	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 36	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91, 4
Interv enção 37	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 38	90	90	90	90	100	100	100	100	100	90	90	90	90	30	89, 3
Interv enção 39	100	100	100	100	65	65	65	65	65	50	50	50	50	30	68, 2

Interv enção 40	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	30	76, 4	
Interv enção 41	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80, 7
Interv enção 42	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	95
Interv enção 43	100	100	100	100	100	100	100	70	70	50	50	50	50	30	76, 4	
Interv enção 44	100	100	100	100	100	100	100	70	70	50	50	50	50	30	76, 4	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

O ZARIT pré e pós intervenção evidenciou que para 35% dos pacientes (células em negrito) não houve alteração da escala ZARIT pré e pós intervenção. Para 65% dos pacientes o escore ZARIT reduziu 1 classificação. Em análise global, a alteração no ZARIT foi significativa sob o ponto de vista estatístico, através do teste de Wilcoxon. Conclui-se que após a intervenção, os cuidadores apresentaram uma redução significativa no escore ZARIT. Já para o NPI-intensidade pré e pós intervenção evidenciou-se que para 100% dos pacientes (células em negrito) não houve alteração da intensidade do NPI pré e pós intervenção e, exibe a distribuição de frequências conjunta do NPI- Desgaste pré e pós intervenção. Para 50% dos pacientes (células em negrito) não houve alteração da escala NPI- Desgaste pré e pós intervenção, para os demais 50% houve redução de 1 classificação na classificação de NPI Desgaste. Em análise global, a alteração no NPI- Desgaste foi significativa sob o ponto de vista estatístico através do teste de Wilcoxon. Conclui-se que após a

intervenção, os pacientes apresentaram uma redução significativa na classificação NPI- Desgaste.

A Tabela 04 exibe a distribuição de frequências conjunta dos testes aplicados sendo o PRISMA – 7, KATZ, NPI E ZARIT. O Prisma7 pré e pós intervenção. Para 50% dos pacientes (em negrito) não houve alteração da escala Prisma7 pré e pós intervenção. Para os demais 50% dos pacientes houve aumento de 1 ponto no escore Prisma7. Em análise global, a alteração no Prisma7 foi significativa sob o ponto de vista estatístico, do teste de Wilcoxon. Conclui-se que após a intervenção, os pacientes apresentaram um aumento significativo no escore Prisma7.

Já o KATZ pré e pós intervenção apresenta 70% dos pacientes (células em negrito) não houve alteração da escala KATZ pré e pós intervenção. Para 25% dos pacientes o escore Katz reduziu e para 5% o escore Katz aumentou. Em análise global, a alteração no KATZ não foi significativa sob o ponto de vista estatístico através do teste de Wilcoxon.

Tabela 4 - Evolução das escalas de Prisma7, Zarit, NPI-D e Katz antes e após a intervenção. Niterói, Rio de Janeiro, 2019.

KATZ pré intervenção	Katz pós-intervenção						Total n %	P – valor (teste de Wilcoxon) p-valor=0,102
	0 n %	1 n %	2 n %	3 n %	4 n %	5 n %		
0 n %	02 10	00 00	00 00	00 00	00 00	00 00	02 10	
1 n %	00 00	04 20	01 05	00 00	00 00	00 00	05 25	
2 n %	00 00	00 00%	04 20	00 00	00 00	00 00	04 20	
3 n %	00 00	00 00%	1 05	02 10	00 00	00 00	03 15	
4 n %	00 00	00 00%	0 00	4 20	01 05	00 00	05 25	
5 n %	00 00	00 00	00 00	00 00	00 00	01 05	01 05	
Total n %	02 02	04 00	06 00	06 00	01 00	01 00	20 02	

NPI Desgaste pré intervenção	NPI Desgaste pós-intervenção					Total n %	P – valor (teste de Wilcoxon) p-valor=0,002
	0 Ausente n %	1 Mínimo %	2 Leve n %	3 Moderada n %	4 Moderado a intenso n %		
0 Ausente n %	10 50	00 00	00 00	00 00	10 50	02 10	
1 Mínimo n %	04 20	00 00	00 00	00 00	04 20	05 25	
2 Leve n %	00 00	03 15	00 00	00 00	00 00	04 20	
3 Moderado % n %	00 00	00 00	02 10	00 00	00 00	03 15	
4 Moderado a Intenso n %	00 00	00 00	00 00	01 05	00 00	05 25	
Total n %	14 70	03 15	02 10	01 05	14 70	01 05	

Prisma 7 pré intervenção	Prisma 7 pós-intervenção			Total n %	P – valor (teste de Wilcoxon)
	4 n %	5 n %	6 n %		

4	01	00	00	01	p-valor=0,002
n %	05	00	00	50	
5	08	06	00	14	
n %	40	30	00	70	
6	00	02	03	05	
n %	00	10	15	25	
Total	09	08	03	20	
n %	45	40	15	100	

Zarit pré intervenção	Zarit pós-intervenção			Total n %	P – valor (teste de Wilcoxon)
	0 Sem Sobrecarga n %	1 Sobrecarga Moderada n %	2 Sobrecarga Moderada a Severa n %		
0 Ausente n %	02 10	00 00	00 00	02 10	p-valor < 0,001
1 Sobrecarga Moderada n %	04 20	02 10	00 00	06 30	
2 Sobrecarga Moderada a Severa n %	00 00	05 25	03 15	08 40	
3 Sobrecarga Severa n %	00 00	00 00	04 20	04 20	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o perfil de participantes assemelha-se ao relato da literatura, na qual a maioria dos cuidadores são mulheres⁽¹¹⁾; essas mulheres que cuidam de homens estão mais propícias a aceitarem mudanças e inovações nas intervenções de cuidado⁽¹²⁾.

Nesse contexto, salienta-se que o cuidado ao idoso com demência, na pluralidade, é realizado por familiares - cuidadores informais - que se disponibilizam a prestar os cuidados que o idoso necessita. O papel de cuidadores foi exercido majoritariamente por mulheres, esposa, filha, casada, idosa ou na meia-idade e prevalência de cuidadores familiar e primário,

demonstrando um maior vínculo com o idoso⁽¹¹⁾ pois, culturalmente, são elas que coordenam, cuidam e organizam a família, sendo assim, a elas cabe, também, exercerem o cuidado ao familiar idoso, caso necessite⁽¹³⁾.

Por ser, em sua maioria, mulheres a realizar o papel de cuidadora, é relatado sobrecarga por desempenharem outras atividades domésticas. Essa sobrecarga subjetiva das mulheres cuidadoras era maior quando os pacientes apresentavam outra comorbidade. Além disso, quanto maior era o número de comportamentos problemáticos do paciente (evidenciado pelo NPI), maior era a sobrecarga do familiar.

Além disso, a presença de comorbidade foi um fator associado a sobrecarga subjetiva, possivelmente pelo fato de representar uma maior gravidade do quadro clínico do paciente, pois a gravidade do quadro clínico do paciente está igualmente associada a um maior grau de sobrecarga subjetiva⁽¹³⁾.

Observou-se que as mulheres dispensavam mais tempo para cuidar do paciente do que os homens⁽¹⁴⁾. O fato de o paciente não exercer uma atividade fora de casa pode aumentar a quantidade de tempo gasto pelas cuidadoras no cuidado ao paciente na vida cotidiana, aumentando a sobrecarga das mulheres cuidadoras.

O tempo dispensado ao cuidado com o idoso foi superior a 12 meses, sendo a taxa predominante dessa pesquisa de cuidadores que ofertam cuidados superior a 10 anos⁽¹⁵⁾. Acredita-se que a variável tempo de cuidar seja importante se estabelecer uma relação de vínculo entre o ser cuidado e o ser que cuida.

A idade média dos idosos com demência foi 84,5 anos. A minoria dos idosos deste estudo apresentava-se parcialmente dependente para as Atividades de Vida Diária. Os idosos com dependência total tinham idade maior que os com dependência parcial. As idosas apresentaram maior dependência quando comparadas aos idosos. Os solteiros e viúvos foram mais dependentes que os casados, divorciados e separados.

A idade avançada somada com o nível de dependência desse idoso com demência torna-se um dos principais fatores para se caracterizar este idoso como sendo um

idoso frágil e assim aumentar os dias de internação. Os idosos frágeis apresentaram maior média de dias de internação em relação aos não frágeis, sendo o tempo igual ou superior a dez dias, dado esse corrobora com o achado nessa pesquisa de média de internação de 25 dias⁽¹⁶⁾.

Outro fator que também contribui para caracterizar o idoso com demência como frágil é o nível de reinternações, também evidenciado nessa pesquisa com quase 30% de reinternações. Os índices de reinternações de idosos frágeis são altos quando comparados com idosos não frágeis; deve-se a isso a associação de variáveis de fragilidade são importantes de devem ser investigadas, e o Prisma7 tem sido um bom instrumento de rastreio⁽¹⁶⁾.

O PRISMA-7 é o instrumento utilizado no *Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA Project)*, no Canadá, para identificar idosos com dependência funcional. Consiste na aplicação de questionário rápido, constituído de sete perguntas. O idoso é considerado frágil quando apresenta três ou mais respostas positivas, com sensibilidade e especificidade de 78,3% e 74,7%, respectivamente⁽¹⁷⁾. Os dados apontam uma maioria de idosos frágeis nessa amostra, portanto, não se esperava mudança nesse teste, mas sua caracterização e acompanhamento.

Assim como o Prisma o Índice de Katz, que avalia a capacidade do idoso para realização das atividades de vida diária, apesar dos resultados estatísticos sem significância,

pode-se inferir significância clínica aos resultados já que 70% dos pacientes (células em negrito) não apresentaram alteração no Índice de Katz ou seja, mantiveram sua capacidade funcional. Esse resultado para idosos em pós-alta hospitalar com demência e multimorbidade é relevante clinicamente.

Com base na análise dos resultados obtidos com o Inventário de Sobrecarga de Zarit, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa nos escores de sobrecarga. Dessa forma, também realizou um estudo com intervenção, onde também notou uma diminuição significativa em percepções de sobrecarga⁽¹⁸⁾. Duas diferenças entre o estudo em questão e o de Ferreira e Barham é o tempo de intervenção que neste estudo foi de 14 semanas e o de Ferreira e Barham foi de 08 semanas. O programa de intervenção que Ferreira e Barham utilizou foi presencial e nessa pesquisa ocorre por tecnologia remota com a utilização de telefone e vídeo-chamada através do aplicativo *Whatsapp*®. Comparando as respostas dos cuidadores no pré-teste e no pós-teste, houve uma redução nas dificuldades que relatavam para lidar com o idoso com demência. As respostas evidenciam que as cuidadoras modificaram alguns de seus comportamentos ao lidar com situações difíceis do idoso demenciado principalmente nos cuidados da vida diária, medicação e com comportamento desafiador. Por isso utilizar o NPI foi um instrumento útil para a avaliação de alterações do comportamento em diversas situações, relativas as

alterações neuropsiquiátricas muito frequentes na demência em todos os estádios de gravidade, como alterações comportamentais, questões neurodegenerativas e questões sobre o desgaste do cuidador em função de cada um dos comportamentos avaliados⁽¹⁹⁾.

O estudo em questão permitiu a identificação de alterações comportamentais, possibilitando através das intervenções uma atuação acurada para cada idoso e cuidador. De forma a reconhecer como e quanto cada uma das alterações pode afetar a ambos, intervindo individualmente em cada caso, ocasionando então ao final da pesquisa, uma redução significativa do desgaste emocional do cuidador. Ou seja houve uma melhora emocional do cuidador ou uma maior compreensão sobre as alterações ocasionadas pela demência⁽²⁰⁾ afirma-se que com capacitação dos profissionais da área da saúde para o manejo dos sintomas neuropsiquiátricos apresentados pelo idoso com a utilização de intervenções específicas acabam por reduzir o desgaste do cuidador favorecendo a melhora da qualidade de vida de ambos.

CONCLUSÃO

Contudo os dados desse estudo demonstraram que o Telecuidado diminuiu a sobrecarga e o desgaste dos cuidadores, e a manutenção da capacidade para atividades de vida diária dos idosos. Ratifica que o enfermeiro deve associar seus conhecimentos clínicos com os princípios gerontológicos, proporcionando uma

assistência centrada na pessoa considerando a capacidade funcional dos indivíduos idosos como meta assistencial assim como o planejamento da alta com educação e preparo da família/cuidadores para o cuidado no domicílio. Ressalta nos dados desse estudo que o cuidado pós-alta hospitalar pode continuar nos centros de cuidados transicionais, no ambulatório, no domicílio do cliente em associação com uso de tecnologias remotas para o mesmo. Nesse sentido, o telecuidado, seria uma crescente modalidade de comunicação no segmento de cuidado de enfermagem no pós-alta para garantir e melhorar o acesso aos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 25];66(1):45-51. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852017000100045&script=sci_arttext
2. Lino VT, Rodrigues NC, Camacho LA, O'Dwyer G, Lima IS, Andrade MK et al. Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* (Online) [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 25];32(6). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605001&script=sci_arttext
3. Abreu WC. Cuidados paliativos para utentes com demência avançada: Reflexões sobre a sua implementação. *Rev Portu Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 30];(6):6-10. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300001
4. Nunes DP, Brito TR, Duarte YA, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 30];21(Suppl02):1-14. Available from: <https://www.scielo.org/article/rbepi/2018.v21suppl2/e180020/>
5. Labegalin CM, Nogueira IS, Moretti AZ, Carreira L, Baldissera VD. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 30];1(6):1994-2008. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1129/1008>
6. Santana RF, Dantas RV, Soares TS, Delphino TM, Hercules AB, Leite Junior HM. Telecare to elderly people with alzheimer and their caregivers: sistematic review. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 20];17(4):1-6. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41653/751375138716>
7. Michel T, Lenardt MH, Willig MH, Alvarez AM. Do real ao ideal-o (des) cuidar da saúde dos idosos longevos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Out 20];68(3):343-9. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300398
8. Nascimento BO, Souza NV, Santos DM, Silva PA. Telemonitoramento em enfermagem para clientes em situação de estomatoterapia: experiência inovadora para o processo ensino-aprendizagem. *Interagir: Pensando Ext* (Online). [Internet]. 2018 [cited 2019 out 20];1(26):73-78. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/39668/29228>
9. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a

- nonpharmacological intervention. J Am Geriatr Society [Internet]. 2010 [cited 2019 Out 20];58(8):1465-1474. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.02971>.
10. Matthews JT, Lingler JH, Campbel GB, Hunsaker AE, Hu L, Pires BR et al. Usability of a wearable camera system for dementia family caregivers. J Healthc Eng [Internet]. 2015 [cited 2019 Out 20];6(2):213-238. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2015/120149/>
 11. Figueiredo K, Coelho FG, Corazza DI, Pádua AM, Ferreira BN, Papini CB. Efeito de intervenção de exercícios físicos multifuncionais na percepção da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Rev Bras Qual Vida [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 20];10(2):1-15. Available from: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/7651/5181>
 12. Quaresma ML, Ribeirinho C. Envelhecimento-Desafios do Séc. XXI. Rev Kairós: Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2019 Out 15];19(3):29-49. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900>
 13. Pizolotto AL, Leite MT, Hildebrandt LM, Costa MC, Resta DG. Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. Espaço Saúde [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 2];16(4):41-53. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-834519>
 14. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. World J Psychi [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 2];6(1):7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/298428873_Gender_differences_in_caregiving_among_family_-_caregivers_of_people_with_mental_illnesses
 15. Jacobi CS, Beuter M, Girardon-Perlini NM, Schwartz E, Leite MT, Roso CC. A dinâmica familiar frente ao idoso em tratamento pré-dialítico. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 2];21(1). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100222&script=sci_abstract&lng=pt
 16. Freire JC, Nóbrega IR, Dutra MC, Silva LM, Duarte HA. Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. Saúde Debate [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 2];41(115):1199-1211. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000401199&script=sci_abstract&lng=pt
 17. Santos PH, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JA. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Cien Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 2];20(6):1917-1924. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601917&script=sci_abstract&lng=pt
 18. Ferreira CR, Barham EJ. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. Rev Kairós: Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 2];19(4):111-130. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31645>
 19. Ferreira CR, Barham EJ. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. Rev Kairós: Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 2];19(4):111-130. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31645>
 20. Silva BM, Caldas CP, David HM, Thiollent MJ. Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso com demência: enfrentamento baseado na pesquisa participativa. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 2];21(1):35-43. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-

98232018000100035&lng=pt&nrm=is
o

Recebido: 17/02/2020

Revisado: 12/05/2020

Aprovado: 12/05/2020

**Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing**



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.