

Raquel Souza Azevedo

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL
DA PESSOA IDOSA FRÁGIL:
uma revisão sistemática**

Belo Horizonte - MG

2010

Raquel Souza Azevedo

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL
DA PESSOA IDOSA FRÁGIL:
uma revisão sistemática**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daclé Vilma Carvalho

Belo Horizonte - MG

2010

A994s Azevedo, Raquel Souza.
Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil
[manuscrito]: uma revisão sistemática. / Raquel Souza Azevedo. - - Belo Horizonte: 2010.
66f.: il.
Orientadora: Daclé Vilma Carvalho.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

I. Cuidadores. 2. Demência. 3. Idoso Fragilizado. 4. Estresse Psicológico. 5. Estresse Fisiológico. 6. Saúde do Idoso. 7. Família. 8. Enfermagem. 9. Dissertações Acadêmicas. I. Carvalho, Daclé Vilma. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 100



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “**Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil**: uma revisão sistemática”, de autoria da mestranda Raquel Souza Azevedo, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Daclé Vilma Carvalho'.

Prof.ª. Dr.ª. Daclé Vilma Carvalho - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientadora

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Adélia Yaeko Kyosen Nakatani'.

Prof.ª. Dr.ª. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani - Faculdade de Enfermagem da UFG - Examinadora

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Sônia Maria Soares'.

Prof.ª. Dr.ª. Sônia Maria Soares - Escola de Enfermagem da UFMG - Examinadora

Belo Horizonte, 27 de outubro de 2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Ao meu querido marido **Fernando**, pelo amor incondicional sempre demonstrado, compreensão, paciência, companheirismo, apoio e incentivo constantes, em todos os momentos da minha vida.

Ao meu querido filho **Miguel**, que desde o seu nascimento iluminou completamente a minha vida e me fez a pessoa mais feliz do mundo, me dando força para realizar este sonho.

Ao meu querido pai, **Carlos**, pelo exemplo de vida que é, amor e apoio de sempre, em todas as decisões da minha vida. À minha saudosa mãe, **Maria Amélia**, que com certeza está do meu lado em todos os momentos da minha vida.

Às minhas irmãs, **Maysa e Carla**, pelo amor, apoio, compreensão e carinho de sempre nos momentos bons e difíceis, principalmente nesta fase final do Mestrado.

À grande amiga **Juliana Elias Duarte**, pelo carinho, amizade, dedicação, companheirismo em todos os momentos da minha vida e pelo exemplo de pessoa e de profissional que é.

À grande amiga **Allana dos Reis Corrêa**, pela dedicação, amizade e apoio em todos os momentos, sempre do meu lado, me incentivando a manter a calma e nunca deixar meus sonhos de lado.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**,

por mais uma preciosa oportunidade e conquista.

À **Prof.^a Dr.^a Daclé Vilma Carvalho**,

pela confiança, amizade, dedicação e seriedade na condução deste estudo. Obrigada pela compreensão, carinho, disponibilidade, apoio nos momentos difíceis e por não ter me deixado desistir deste grande sonho. Obrigada por fazer parte não só da orientação do meu trabalho, mas da minha vida.

À **Prof.^a Dr.^a Eline Lima Borges**,

pelo apoio, acolhimento e carinho em minhas dificuldades.

Às colegas do Mestrado, em especial,

Quézia Damasceno, Bruna Figueiredo Manzo e Carla Penna Dias. Nossa convivência foi muito além do companheirismo.

Aos amigos **Edgar Nunes de Moraes e Flávia Lanna de Moraes**

pelo apoio, disponibilidade, incentivo e por me mostrarem que vale a pena investir na gerontologia.

À amiga **Gilda Lara Resende da Gama**,

pelo carinho, boa vontade, paciência e disponibilidade nos momentos difíceis das traduções.

À **Maria do Rosário de Fátima Vasconcelos**,

bibliotecária da UFMG, pelo carinho, acolhimento, paciência e dedicação na ajuda das buscas dos estudos.

A **todos**

que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo,
muito obrigada!

RESUMO

AZEVEDO, R. S. **Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: uma revisão sistemática.** 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno observado em todo o mundo. O Brasil vivencia um envelhecimento rápido da sua população, observado pela redução das taxas de fecundidade e de mortalidade e pela mudança epidemiológica da superposição das doenças infecto-contagiosas, causas maternas e perinatais pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças crônico-degenerativas interferem diretamente na qualidade de vida da população idosa, tornando-as frágeis e vulneráveis. Uma das fragilidades que mais comprometem a independência e autonomia da pessoa idosa é a incapacidade cognitiva, ou seja, perda da cognição, alterações comportamentais e comprometimento das atividades da vida diária básicas e instrumentais, que levam à necessidade da existência de um cuidador. Em decorrência da carência de profissionais, ou seja, cuidadores formais e ainda pelas condições socioeconômicas da população, de modo geral os cuidados são prestados por um membro da família - cuidador informal. Este assume um papel para o qual não está preparado, causando-lhe uma sobrecarga física e emocional. A necessidade de evidências sobre esta sobrecarga levou ao desenvolvimento deste estudo com o objetivo de comparar a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com síndrome demencial e sem síndrome demencial, por meio de uma revisão sistemática da literatura. Foram pesquisadas as bases de dados: LILACS, MEDLINE/BVS, PubMed, CINAHL, BDNF E IBICS usando descritores e termos. Foram identificados apenas dois artigos que comparavam através de um estudo descritivo as sobrecargas vivenciadas por cuidadores. Os artigos foram desenvolvidos na Inglaterra, publicado em 2002, e nos EUA, publicado em 2008. A conclusão dos dois artigos foi que a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com demência é maior que a do cuidador do paciente sem demência. De acordo com a classificação adotada o nível de evidência desta conclusão foi V. Diante desta constatação torna-se urgente o desenvolvimento de pesquisas sobre o cuidador informal, procurando evidenciar suas necessidades e formas de minimizar suas sobrecargas físicas e emocionais decorrentes do cuidado da pessoa idosa frágil.

Palavras-chave: Estresse psicológico. Estresse fisiológico. Cuidadores. Família. Idoso fragilizado. Demência. Enfermagem.

ABSTRACT

AZEVEDO, R. S. **Informal caregiver burden of frail elderly**: a systematic review. 2010. 66 f. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing Faculty, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Population aging is a phenomenon observed throughout the world today. Brazil is experiencing a fast aging of its population, due to the reduction in fertility rates and mortality and the epidemiological shift of the infectious diseases' overlap, maternal and perinatal causes for chronic diseases and external causes. The chronic and degenerative diseases directly affect elderly's quality of life, making them fragile and vulnerable. One of the weaknesses that most compromise the independence and autonomy of the elderly is cognitive impairment, i.e., loss of cognition, behavioral changes and impairment of basic activities of the daily living, leading to the need of a caregiver. Due to the lack of professionals - formal caregivers - and also to the socioeconomic conditions of the population, care is frequently provided by a family member - informal caregiver. This person assumes a role for which he is not prepared, causing a physical and emotional burden. The need of evidences of this burden led to the development of this study, aiming to compare the physical and emotional burden of informal caregivers of frail elderly people with and without dementia, through a systematic literature review. The following databases were researched: LILACS, MEDLINE/BVS, PubMed, CINAHL, BDENF and IBECs, using descriptors and terms. Only two articles comparing caregiver's burden through a descriptive study were identified. The articles were developed in England, published in 2002, and in the U.S., published in 2008. The two articles' conclusion was that the physical and emotional burden of the informal caregivers of a frail elderly person with dementia is greater than the caregiver of those without dementia. According to the classification adopted the level of evidence for this conclusion was V. Therefore, it becomes urgent to develop researches on the informal caregiver, seeking to point out their needs and ways to minimize their emotional and physical burdens arising from the care of the frail elderly.

Key-words: Psychological stress. Physiological stress. Caregivers. Family. Frail elderly. Dementia. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Estratégia de busca nas bases de dados selecionadas e número de artigos identificados. Belo Horizonte, 2010.....	40
Quadro 2	- Teste de relevância I aplicado às referências e resumos dos artigos selecionados nas bases de dados. Belo Horizonte, 2010..	41
Quadro 3	- Teste de relevância II aplicado na íntegra aos artigos selecionados no teste de relevância I. Belo Horizonte, 2010.....	42
Quadro 4	- Roteiro para extração de dados dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura. Belo Horizonte, 2010.....	43
Quadro 5	- Características das referências incluídas na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	49
Quadro 6	- Características dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	50
Quadro 7	- Comparação dos tipos de sobrecarga do cuidador de acordo com os estudos e condições do paciente. Belo Horizonte, 2010...	56
Quadro 8	- Síntese dos resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	57
Quadro 9	- Síntese das conclusões dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	57
Figura 1	- Fluxograma dos estudos selecionados após aplicação do teste de relevância I. Belo Horizonte, 2010.....	45
Figura 2	- Fluxograma dos estudos identificados e selecionados após aplicação do teste de relevância II. Belo Horizonte, 2010.....	46
Figura 3	- Características dos cuidadores de idosos dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	53
Gráfico 1	- Condições dos pacientes dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	52

LISTA DE TABELAS

1	-	Artigos encontrados nas bases de dados, por descritores. Belo Horizonte, 2010.....	44
2	-	Distribuição dos cuidadores segundo a condição dos pacientes dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.....	51

LISTA DE SIGLAS

AVD	-	Atividades da Vida Diária
BDENF	-	Base de Dados de Enfermagem
BIREME	-	Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CIF-A	-	<i>Canadian Initiative On Frailty And Aging</i>
CINAHL	-	<i>Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DA	-	Doença de Alzheimer
EUA	-	Estados Unidos da América
IBECS	-	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciência da Saúde
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde
MEDLINE	-	Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica
PBE	-	Prática Baseada em Evidência
PNI	-	Política Nacional do Idoso
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Pessoa idosa frágil.....	18
3.2	O cuidador informal da pessoa idosa.....	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	31
5	PERCURSO METODOLÓGICO	35
5.1	Questão norteadora.....	36
5.2	Descritores.....	36
5.3	Critérios para inclusão dos artigos.....	36
5.4	Critérios para exclusão dos artigos.....	37
5.5	Busca eletrônica.....	37
5.6	Seleção dos estudos	41
5.7	Resultados da seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	43
6	RESULTADOS/DISCUSSÃO	48
6.1	Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	49
6.2	Resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	61

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é hoje um fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. A proporção de pessoas na faixa de 60 anos e mais em todo o mundo está crescendo mais rápido do que nas outras faixas etárias. Estima-se que até 2050 haverá dois bilhões de idosos no mundo, sendo 80% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005).

O crescimento da população idosa ocorreu nos países desenvolvidos de forma lenta e progressiva, acompanhado de um crescimento socioeconômico, o que não observamos nos países em desenvolvimento, nos quais o crescimento populacional está ocorrendo com enorme velocidade. As projeções demográficas indicam que três quartos do crescimento da população idosa ocorrem nestes países (BRASIL, 2005; FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2006; VERAS, 1988).

No processo de transição demográfica brasileira, observa-se uma pequena oscilação das taxas de natalidade e mortalidade até 1940, sendo um país caracterizado por uma população jovem. Após esta data observa-se um declínio da taxa de mortalidade, concomitante às altas taxas de fecundidade, ocasionando uma explosão demográfica no país e, a partir da década de 60 do século passado fica evidente o declínio da taxa de fecundidade, iniciando no Brasil um processo de envelhecimento populacional (CHAIMOWICZ, 1997; VERAS, 1988).

Processo este facilmente percebido pela redução do número de filhos por mulher de 5,8 em 1970, para 1,8 filhos em 2006, redução do número de jovens e aumento da população em idade produtiva, ocasionando uma mudança na estrutura da pirâmide etária populacional brasileira, de triangular em 1940 para um contorno mais retangular até 2050 (CARVALHO; GARCIA, 2003; CHAIMOWICZ, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A transição epidemiológica no Brasil vem acontecendo juntamente com a transição demográfica, alterando o quadro da morbi-mortalidade, através de três mudanças importantes: uma superposição entre as doenças infecto-contagiosas, causas maternas e perinatais e as doenças crônico-degenerativas e causas externas; o deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e o predomínio da morbidade sobre a mortalidade (CARVALHO; GARCIA, 2003; CHAIMOWICZ, 1997; FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2006; VERAS, 1988).

O Brasil em 1950 ocupava o 16º lugar em população idosa mundial, com 2,2 milhões de idosos. Com o aumento da população idosa para 8,9 milhões, em 1985, o Brasil foi classificado em 11º lugar. Estima-se que em 2025 o país ultrapasse 30 milhões de idosos, ocupando o 6º lugar mundial em população acima de 60 anos (BRASIL, 2005; FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2006; JACOB FILHO, 2005; VERAS, 1988).

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições sanitárias e nutricionais elevaram a qualidade do nível de vida de população, contribuindo para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros ao nascer, crescendo de 33,7 anos em 1900, para 43,2 em 1950. Estima-se que em 2020 chegará a 75,5 anos (CHAIMOWICZ, 1997; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2004; VERAS, 1988).

Paralelamente ao envelhecimento populacional e ao aumento de expectativa de vida dos brasileiros, surgem as doenças crônico-degenerativas, que se caracterizam pela sua longa evolução clínica e irreversibilidade. Tais doenças interferem diretamente na qualidade de vida da população idosa, tornando-as frágeis e vulneráveis. Uma das fragilidades que mais compromete esta população é a incapacidade cognitiva, caracterizada pela perda da cognição, alterações comportamentais e comprometimento das atividades da vida diária (AVD).

À medida que as incapacidades vão surgindo, a pessoa idosa vai se tornando mais dependente de outra pessoa para o seu auto cuidado e demandando cada vez mais cuidados específicos. É a partir deste momento que surge a necessidade de um profissional ou de uma pessoa capacitada para atender esta nova demanda de cuidados. O trabalho do cuidador formal da pessoa idosa é oneroso, principalmente em se tratando de pacientes que muitas vezes necessitam de cuidados em tempo integral. No entanto, diante do contexto socioeconômico e cultural da população brasileira, é comum encontrarmos a pessoa idosa frágil sendo cuidada por uma pessoa sem nenhum tipo de preparo ou capacitação e sem vínculo econômico. Esse cuidador informal, em geral, é um membro da família e, pela falta de preparo, pelo aumento de atividades e pelas privações decorrentes das novas responsabilidades, ocorre sobrecarga física e psíquica para esse cuidador.

Com a evolução da incapacidade da pessoa idosa frágil, observa-se que há um aumento da sobrecarga de cuidados e conseqüentemente efeitos negativos, ou seja, problemas físicos e emocionais, na saúde destes cuidadores. O risco de morte entre cuidadores de familiares é 50% mais alto do que no restante da população (BRÊTAS; YOSHITOME, 2005; DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005; DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008).

Estudos sugerem uma sobrecarga ainda maior dos cuidadores de pessoas idosas frágeis com síndrome demencial, principalmente devido às alterações comportamentais, grande impacto social e altos custos da demência. O cansaço, o desgaste, a depressão e os índices de morbidade são mais evidentes nestes cuidadores do que nos cuidadores informais de pessoas idosas sem síndrome demencial, levando-os a uma piora da qualidade de vida (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006; PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

Considerando que na literatura há apenas sugestões de que há uma maior sobrecarga do cuidador informal do idoso com síndrome demencial, há necessidades de se buscar evidências sobre esta questão, para que se possa tomar decisões na prática baseada em evidências, e não simplesmente em suposições.

Diante deste contexto e visando contribuir para a construção do conhecimento sobre questões do envelhecimento e suas repercussões no cuidador informal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para evidenciar se há diferença entre a sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil com síndrome demencial e a sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil sem síndrome demencial. O estudo teve como questão norteadora: **a sobrecarga física e emocional do cuidador da pessoa idosa frágil com síndrome demencial é maior que a do cuidador informal da pessoa idosa frágil sem síndrome demencial?**

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com síndrome demencial e sem síndrome demencial.

2.2 Específicos

Identificar:

- a sobrecarga física do cuidador informal da pessoa idosa frágil com síndrome demencial;
- a sobrecarga física do cuidador informal da pessoa idosa frágil sem síndrome demencial;
- a sobrecarga emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com síndrome demencial;
- a sobrecarga emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil sem síndrome demencial.

Revisão de literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Pessoa idosa frágil

O aumento da expectativa de vida e o alto índice de morbidade por doenças crônico-degenerativas configuram hoje um dos maiores desafios para a saúde pública. Autores destacam que 69% dos idosos brasileiros relatam ter, pelo menos, uma doença ou condição crônica que perduram por longo período de tempo. Tais doenças, associadas à longevidade, caracterizam uma condição de fragilidade para o idoso, contribuindo para o aumento das limitações nas capacidades funcionais (GARRIGO; MENEZES, 2002; LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

Em geral, a população idosa é portadora de polipatologias, tais como, sequelas de acidente vascular encefálico, hipertensão, diabetes, fraturas após quedas, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, osteoartrite, déficit da acuidade visual e auditiva e doenças neurodegenerativas, o que muito provavelmente interfere diretamente na qualidade de vida dessas pessoas, tornando-as frágeis e vulneráveis (CHAIMOWICZ, 1997).

Frágil é um termo muito utilizado por geriatras e gerontólogos para indicar uma condição clínica não-ótima da pessoa idosa (TEIXEIRA; NERI, 2006). Não existe um consenso sobre fragilidade ou idoso frágil na literatura.

Um estudo realizado sobre a “Percepção dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso”, mostra que existem vários critérios diferentes para definir fragilidade. Um deles inclui déficit cognitivo, incontinência urinária, dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, desnutrição, osteopenia, declínio da capacidade funcional, anemia, idade avançada, institucionalização, pneumonia e auto-relato de saúde precária (TEIXEIRA, 2008).

Outro critério sugere que a pessoa idosa tenha idade igual ou superior a 80 anos, depressão, instabilidade no equilíbrio e na marcha, redução da força muscular dos ombros e dos joelhos, uso de sedativos, instabilidade nos membros inferiores e déficit da função visual (TEIXEIRA, 2008). Portanto, definir fragilidade é uma tarefa complexa, pelas diversas opiniões e definições que se complementam.

Atualmente duas pesquisas estão sendo desenvolvidas para uma melhor definição de fragilidade: uma dos Estados Unidos da América (EUA), liderada pela pesquisadora Linda P. Fried e outra do Canadá, com os membros da iniciativa canadense em fragilidade e envelhecimento (*Canadian Initiative on Frailty and Aging* - CIF-A). A CIF-A é um programa de pesquisas entre o Canadá, Europa, Israel e Japão, que tem como meta ampliar o conhecimento sobre fragilidade (TEIXEIRA; NERI, 2006).

Fried *et al.* (2001) propuseram cinco componentes com medidas específicas para fragilidade:

- perda de peso não-intensional: $\geq 4,5$ kg ou 5% do peso corporal no ano anterior;
- exaustão: auto relato de fadiga, indicado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D);
- diminuição da força de preensão: medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada segundo gênero e índice de massa corporal (IMC);
- baixo nível de atividade física: medido pelo dispêndio semanal de energia em quilocalorias (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo gênero;
- lentidão: medida da velocidade da marcha indicada em segundos (distância de 4,6 m) e ajustada segundo gênero e altura.

De acordo com esses pesquisadores, a pessoa idosa com três ou mais dessas características seria frágil e estaria susceptível a quedas, ao declínio funcional, a hospitalização e a morte em um período de três anos (TEIXEIRA; NERI, 2006).

Morley (2002) concorda com a descrição de Fried *et al.* (2001) e sugere que existem quatro fatores intrínsecos responsáveis pela fragilidade: a sarcopenia (decréscimo da capacidade neuromuscular) e os fatores metabólicos relacionados, a aterosclerose, o déficit cognitivo e a desnutrição. Afirma ainda que a relação entre estes quatro fatores indica a fragilidade como sendo uma condição para o declínio funcional, resultando na hospitalização recorrente, na institucionalização e na antecipação da morte.

Os pesquisadores da CIF-A concordam que existem várias definições de fragilidade e a definem como uma síndrome geriátrica complexa, com base em um modelo de equilíbrio que acrescenta elementos sociais, incluindo as quedas e o *delírium*. Os canadenses incluem também a medida de função cognitiva nos critérios para fragilidade, diferente das pesquisas desenvolvidas nos EUA (FRIED *et al.*, 2001; TEIXEIRA; NERI, 2006).

Teixeira e Neri (2006) afirmam que a complexidade da definição de pessoa idosa frágil é um desafio para os profissionais de saúde, tanto na prática clínica, quanto na área da pesquisa. Até o momento, os estudos consideram que a fragilidade pode ser considerada como:

- uma entidade clínica que está relacionada a idade, mas que se apresenta de formas variadas no processo de senescência;
- uma síndrome decorrente da interação de fatores bio-psico-sociais e cognitivos ao longo da vida da pessoa idosa, que pode ser detectada precocemente;
- resultante do déficits em múltiplos sistemas, principalmente nos sistemas neuroendócrinos, imunológico, e musculoesquelético, que provoca alteração na homeostase e o conseqüente desencadear do declínio da capacidade funcional, institucionalização, incapacidade e morte;
- uma condição progressiva, mas com possibilidade de prevenção e tratamento dos sintomas.

As pesquisas nesta área têm aumentado consideravelmente no exterior, entretanto, no Brasil parece haver uma escassez de estudos dos critérios para a definição de fragilidade. As pesquisas brasileiras são muito voltadas para orientar políticas públicas no campo da saúde do idoso, voltadas para a aplicação de protocolos de avaliação dos idosos que procuram a atenção básica nos serviços públicos de saúde (TEIXEIRA; NERI, 2006).

Algumas definições apresentadas subestimam a importância da cognição e de outros indicadores de mau prognóstico no idoso. Segundo Teixeira (2008), vários critérios são utilizados para definir fragilidade, variando de acordo com o objetivo de cada estudo. E nesta perspectiva, a definição que adotamos neste trabalho para a pessoa idosa frágil é a presença de um perfil de fragilização

utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais para encaminhamento dos pacientes da atenção básica para o Núcleo de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais, caracterizado segundo Bandeira, Pimenta e Souza (2006) e Moraes (2010) por:

- pessoa idosa com 80 anos e mais;
- pessoa idosa com 60 anos e mais apresentando pelo menos um dos seguintes problemas:
 - polipatologias - cinco diagnósticos ou mais;
 - polifarmácia - cinco drogas/dia ou mais;
 - imobilidade parcial ou total e/ou redução do condicionamento cardiorespiratório limitante;
 - incontinência urinária ou fecal;
 - instabilidade postural - distúrbios da marcha ou quedas de repetição;
 - incapacidade cognitiva - síndrome demencial, depressão, *delírium*;
 - história de internações recentes e/ou alta hospitalar;
 - dependência para AVD básicas, tais como: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, transferir-se, continência, alimentar-se e/ou instrumentais;
 - insuficiência familiar¹;
 - idosos institucionalizados ou em situação de vulnerabilidade social;
 - subnutrição ou emagrecimento significativo não intencional;
 - incapacidade comunicativa: surdez ou cegueira parcial ou total.

Dentre as características descritas acima, a incapacidade cognitiva é uma das fragilidades que mais comprometem a funcionalidade da pessoa idosa. Esta incapacidade pode ser reversível como nos casos de *delírium* e depressão ou irreversível tais como demências e doenças mentais (MORAES; DAKER, 2008). A síndrome demencial é caracterizada pela perda da cognição, alterações

¹ Segundo Leme (2005), insuficiência familiar é a impossibilidade de desfrutar da família como órgão de apoio e de saúde, favorecendo a situações de morbidade significativas, podendo levar a pessoa idosa a situações de agressão afetiva, física ou psíquica.

comportamentais e comprometimento das AVD básicas e instrumentais consideradas como: preparar suas refeições, tomar seus remédios na dose e horário corretos, fazer compras, controlar seu dinheiro ou finanças, usar o telefone, arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos, lavar e passar a sua roupa, sair de casa sozinha para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial (MACHADO, 2006; MORAES *et al.*, 2008).

A demência afeta a pessoa idosa comprometendo sua integridade física, mental e social, levando a uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). É uma doença de grande impacto social, não só pela grande ocorrência (aos 60 anos é de 5%, duplicando a cada cinco anos, podendo chegar de 30 a 50% nos idosos com 85 anos ou mais) como também pelos altos índices de morbidade nos cuidadores informais da pessoa idosa com diagnóstico de demência (MORAES; DAKER, 2008).

Inúmeras são as causas de demência, sendo as quatro mais frequentes: doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL) e demência frontotemporal (DFT), cujo diagnóstico diferencial depende do conhecimento das diferentes manifestações clínicas e de uma sequência específica e obrigatória de exames complementares (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

A doença de Alzheimer é a principal causa de demência irreversível, responsável por aproximadamente 55% das demências em pessoas idosas com idade superior a 65 anos no Brasil, seguida pelas demências vasculares (MORAES; SANTOS, 2008). É uma doença degenerativa, progressiva e irreversível, geradora de grande impacto social e altos custos financeiros (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

O quadro clínico apresentado pela pessoa portadora da DA é bastante variável, ficando evidente o esquecimento, comprometimento das AVD instrumentais e básicas, anomia, empobrecimento da fala, repetição, acidentes domésticos, perda de objetos, má gestão financeira e na administração da casa e da família, impaciência, desconfiança, irritabilidade, distúrbios comportamentais, delírios de roubo, infidelidade, perseguição, inversão do sono ciclo-vigia, agitação, “fenômeno do entardecer” (piora cognitiva e comportamental no final do dia),

podendo apresentar alucinações visuais e auditivas e desorientação têmporo-espacial (MORAES; SANTOS, 2008).

A demência vascular é a segunda causa mais frequente de demência, correspondendo a cerca de 15 a 20% dos casos. É resultado dos efeitos de grandes lesões tromboembólicas, ou seja, de doenças cérebro-vasculares isquêmicas ou hemorrágicas, múltiplos infartos e hipofluxo cerebral (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; MORAES; SANTOS, 2008).

No quadro clínico, fica evidente o comprometimento da função executiva (e não a memória, como no Alzheimer), a desatenção, lentificação psicomotora, maior repercussão nas AVD instrumentais. É uma demência de início súbito e tende a ocorrer nos idosos mais jovens, entre 65 e 70 anos (MORAES; SANTOS, 2008).

A demência com corpos de Lewy corresponde à terceira causa mais frequente de demência. Caracteriza-se não somente pelo déficit cognitivo (que comparada a DA tem uma relativa preservação da memória), mas por alterações na fluência verbal, alucinações visuais bem detalhadas, imagens assustadoras, sintomas parkinsonianos (rigidez, bradicinesia, instabilidade postural), sono agitado, pesadelos e síndrome das pernas inquietas (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; MORAES; SANTOS, 2008).

A demência frontotemporal é caracterizada principalmente por afasia progressiva, apraxia, alterações do caráter e desordem da conduta social, alterações precoces de personalidade e de comportamento, tais como, a desinibição verbal, física e sexual, mudança comportamental como impulsividade, irritabilidade, passividade, inércia, perda da empatia e simpatia, negação da sintomatologia e consequências sociais. É uma demência de início insidioso e caráter progressivo. A memória e as habilidades visuoespaciais encontram-se relativamente preservadas e eventualmente podem apresentar sinais parkinsonianos, particularmente evidentes em alguns casos de ocorrência familiar (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; MORAES; SANTOS, 2008).

Na avaliação do estado de saúde da pessoa idosa frágil, considerar apenas as estatísticas de mortalidade, pode não refletir as reais condições de vida e saúde dessa população. Portanto, a capacidade funcional constitui-se no foco do exame da pessoa idosa e num indicador de saúde mais completo relacionando-se

diretamente com a qualidade de vida (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; LINO *et al.*, 2008).

A capacidade funcional é a habilidade da pessoa para a realização de atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si próprio, e viver independentemente, sendo um conceito comum em diferentes culturas (LINO *et al.*, 2008).

A capacidade funcional na pessoa idosa frágil, ou seja, independência e autonomia são importantes parâmetros para sua qualidade de vida. Em inquérito domiciliar realizado em São Paulo, fica evidente que quanto maior a idade do indivíduo, maior sua dependência para as AVD básicas, podendo chegar a incapacidades que demandam cuidados permanentes em tempo integral (CHAIMOWICZ, 1997).

As diversas manifestações das incapacidades da pessoa idosa frágil geram demandas múltiplas, tornando o cuidado diário uma tarefa de difícil realização e demandando cuidados cada vez mais complexos. A sobrecarga do cuidador vai aumentando à medida que aumenta a carga de cuidados. Portanto, o cuidador informal da pessoa idosa frágil com síndrome demencial, além das demandas já citadas, tem um aumento da carga do cuidado devido às manifestações psiquiátricas e comportamentais de difícil controle, levando a um maior desgaste físico, mental e emocional do cuidador (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

3.2 O cuidador informal da pessoa idosa

A promoção e prevenção da saúde, o incentivo ao autocuidado, o suporte social à população idosa e ao cuidador, são iniciativas que deveriam partir do Estado. No entanto, o governo permanece sobrecarregado e com políticas sociais voltadas para a redução de gastos do setor de benefícios públicos, requerendo cada vez mais das famílias o suporte para a pessoa idosa frágil (DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008; LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

Para atender essa demanda de cuidados da pessoa idosa frágil, retorna dos tempos remotos o atendimento domiciliário como alternativa para a diminuição de custos do Sistema Único de Saúde (SUS) e para o conforto do paciente. O principal objetivo da assistência domiciliar é a manutenção da pessoa idosa perto de sua família, com conforto e dignidade, visando à individualização da

assistência, privacidade e segurança da pessoa idosa, possibilitando maior tomada de decisões idoso/família, diminuição dos custos quando comparados a assistência hospitalar e principalmente, maior envolvimento da pessoa idosa/família no planejamento e execução dos cuidados necessários. Entretanto, um dos critérios para se manter a pessoa idosa no domicílio, deve ser a rede de suporte familiar, com a existência de uma pessoa para prestar os cuidados, ou seja, um cuidador (DUARTE; DIOGO, 2005; SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

A Política Nacional do Idoso (PNI) convencionou, quanto ao cuidado à população idosa, duas espécies de cuidadores: formais e informais. Os cuidadores formais são profissionais que prestam serviços sob remuneração. Os informais são familiares ou agregados, quase sem preparo e que atuam de forma voluntária, sem remuneração (BRASIL, 1999; DUARTE; DIOGO, 2005).

No Brasil, a principal forma de suporte à população idosa ainda é o cuidado provido pela família, que muitas vezes se depara com sérias dificuldades no dia a dia, pela falta de políticas sociais de suporte aos cuidadores, pela redução do número de pessoas do núcleo familiar e pela situação financeira, visto que mais da metade destes idosos pertencem a domicílios cuja renda mensal familiar não ultrapassa três salários-mínimos. Isto torna óbvio que o cuidador formal ainda não é capaz de substituir o papel da família no auxílio diário a pessoa idosa em suas atividades pessoais, principalmente pelo alto custo (CHAIMOWICZ, 1997; DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008).

A escolha do cuidador informal está relacionada a vários fatores, como grau de parentesco (maioria cônjuges), gênero (geralmente a mulher), proximidade física (quem mais convive com o idoso) e proximidade afetiva (cônjuge, pais e filhos) (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005; DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008). Porém, o cuidado é, na maioria das vezes, desempenhado por uma única pessoa da família, que se torna referência ou cuidador principal, por maior disponibilidade, instinto, vontade ou capacidade, geralmente sem formação básica orientada (DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008; GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005; MENEZES, 1994).

Segundo Gonçalves, Alvarez e Santos (2005), pesquisas da área da Enfermagem Gerontológica mostram uma carência de capacitação para os cuidadores informais, gerando um cuidado pouco efetivo para a pessoa idosa e uma sobrecarga de funções para esses cuidadores.

Vários estudos sugerem uma sobrecarga de trabalho em jornadas contínuas e exaustivas, que inevitavelmente podem gerar no cuidador informal consequências graves em sua saúde física e emocional, pela concentração da assistência à pessoa idosa frágil sobre um único familiar. São comuns os relatos de submissão, abnegação, caridade e disciplina dos familiares que cuidam da pessoa idosa frágil (BOCCHI, 2004; BRÊTAS; YOSHITOME, 2005; GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005).

Segundo Bocchi (2004), para abordar a sobrecarga de um cuidador informal, é importante entender o seu significado, pois se trata de uma nomenclatura relacionada a efeitos negativos do papel assumido por este cuidador. E, segundo a autora, desde 1946, já se exploravam a questão da sobrecarga da doença em familiares, referindo-se às consequências naqueles que tinham contato próximo e por longo prazo ao cuidar de pacientes com distúrbios mentais.

Para Luzardo, Gorini e Silva (2006), *burden* é um termo conhecido internacionalmente e traduzido como um sentimento de sobrecarga experimentado pelo cuidador ao realizar um excesso de atividades capazes de gerar estresse e efeitos negativos na vida destes cuidadores.

A palavra inglesa *burden*, segundo Bocchi (2004) é decorrente da introdução da filosofia da psiquiatria social na década de 50 e 60 do século passado, época em que se começou a dar ênfase as discussões das vantagens e sobrecargas nas famílias de pacientes tratados no domicílio. Essas sobrecargas passaram a ser relacionadas à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam a vida dos cuidadores informais das pessoas idosas. O interesse por estas questões vem crescendo em decorrência do envelhecimento populacional brasileiro, tornando cada vez mais a unidade familiar como sujeito do cuidado.

Em 1985 foi criada a escala de *Zarit Burden Interview (ZBI)*, ou Inventário de Sobrecarga de Zarit, por Zarit e colaboradores, para obter dados relativos à sobrecarga do cuidador informal com questões que se referem à relação cuidador/paciente. A escala foi traduzida, padronizada e validada para o Brasil por Taub, Andreoli e Bertolucci (2004), por sua grande utilização na literatura e pela fácil aplicação para cuidadores informais. O questionário possui 22 itens que avaliam a sobrecarga/impacto das doenças físicas e mentais nos cuidadores

informais, nos seguintes aspectos: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relações interpessoais. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador informal (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; CASSIS *et al.*, 2007; TAUB; ANDREOLI; BERTOLUCCI, 2004).

A sobrecarga do cuidador informal, segundo Bandeira, Calzavara e Castro (2008) e Bocchi (2004), envolve dois aspectos:

- sobrecarga objetiva que é decorrente do desempenho das tarefas de assistência ao paciente e da supervisão dos seus comportamentos e as restrições que ocorrem na vida social e ocupacional dos familiares e o impacto financeiro;
- sobrecarga subjetiva que envolve percepções e sentimentos dos familiares - preocupações, a sensação de peso e de incômodo pelo excesso das funções - consequências psicológicas para a família.

Bandeira, Calzavara e Castro (2008) identificaram através de revisão da literatura que a sobrecarga do cuidador informal é resultado das diversas tarefas do papel de cuidar e das mudanças em sua vida social e profissional, colocando as necessidades dos pacientes em primeiro lugar, deixando suas próprias necessidades em segundo plano. Mostraram, também, que a sobrecarga é agravada pela falta de informação a respeito da doença do paciente, do tratamento e das estratégias mais adequadas para lidar com os problemas comportamentais.

Em acompanhamento domiciliar de pacientes do SUS, Brêtas e Yoshitome (2005) descrevem o desespero, o cansaço e a ansiedade dos cuidadores informais que assumem os cuidados dos seus familiares idosos. Deles é cobrado por toda a sociedade (profissionais, outros familiares, amigos, vizinhos), habilidades manuais, manuseio e administração correta da medicação, cama limpa, alimentação, banho de sol, amor, carinho, dentre outros. Segundo os autores, cobra-se muito do cuidador, mas pouco é feito por ele, o que muitas vezes coloca em risco a pessoa idosa frágil e a saúde do cuidador informal.

Bocchi (2004) através de um estudo bibliográfico sobre a sobrecarga de um cuidador familiar de pacientes portadores de acidente vascular cerebral, relaciona a sobrecarga do cuidador ao nível de dependência física do paciente. Os

principais aspectos geradores da sobrecarga, segundo a autora, foram definidos em quatro grupos diferentes. O primeiro grupo inclui o isolamento social; o segundo grupo diz respeito às mudanças e insatisfações conjugais; o terceiro relaciona-se às dificuldades financeiras e o quarto, à deficiência da saúde física e do autocuidado do cuidador.

Em um estudo sobre a “Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer”, Paula, Roque e Araújo (2008), mostram que a sobrecarga física e psíquica dos cuidadores informais da pessoa idosa com diagnóstico de demência, os expõe a problemas sociais, piora da saúde física e psíquica, o que pode gerar na própria pessoa idosa um impacto negativo. Todos estes fatores tornam a tarefa do cuidador informal um grande desafio.

No estudo acima referido foi citado também que cuidadores informais de pessoas idosas com demência relatam cansaço, desgaste, revolta, depressão e somatizações. Os autores destacam os altos índices de morbidade nos cuidadores informais da pessoa idosa com diagnóstico de demência e que mulheres que cuidam de idosos em estágio avançado de demência experimentaram maior sobrecarga e, conseqüentemente, piora da qualidade de vida (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

Outro problema destacado por Duarte, Melo e Azevedo (2008) é o fato de que o cansaço físico e mental transforma o cuidador em um doente em potencial. Aumento ou redução de peso, dores diversas, distúrbios do sono, estresse e fadiga são relatos frequentes. Segundo as autoras, a síndrome de *burnout* é descrita em cuidadores de pacientes com demência, caracterizada pela presença de sintomas funcionais, psíquicos e comportamentais (irritabilidade, fadiga intensa, exaustão, cefaléia, depressão, postura crítica e pressa em realizar as atividades), capazes de levar ao esgotamento do cuidador.

Assim, é extremamente importante e cada vez mais necessário voltar o olhar para o cuidador informal, pois o mesmo representa, dentro do núcleo familiar, o elo entre o idoso, a família e a equipe de saúde, assumindo um importante papel, para o qual não está preparado. É a partir dele que, na maioria das vezes, as informações relativas à saúde do paciente são obtidas e é também por meio dele que as orientações relativas ao tratamento são repassadas e colocadas em prática, além de ser o responsável pelas providências necessárias

durante as intercorrências (DUARTE; DIOGO, 2005; DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008).

A PNI preconiza o apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais e prevê parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas às pessoas idosas, responsáveis pelos cuidados diretos e a instrumentalização dos familiares para o cuidado da pessoa idosa e para a atenção à própria saúde, tendo em vista que a tarefa de cuidar da pessoa idosa frágil é desgastante e constitui fator de risco à saúde do próprio cuidador (BRASIL, 1999; DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Portanto, cuidar de quem cuida passa a ser uma necessidade cada vez mais presente no nosso dia a dia, pois quanto maior a idade do indivíduo, maior o grau de complexidade do cuidado a ser desempenhado. No Brasil, com a crescente demanda da população de 60 anos ou mais, o número de cuidadores formais qualificados ainda é insuficiente, mantendo-se a maior parte do cuidado à pessoa idosa frágil com os cuidadores informais. A falta de capacitação dos cuidadores informais gera um cuidado não específico, representado pela estagnação ou progressão insatisfatória do quadro clínico, causando sobrecarga deste cuidador (DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008; GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005).

Paula, Roque e Araújo (2008), através de relato de cuidadores informais de pessoas idosas frágeis com Alzheimer, afirmam que a presença de alguém que prestasse auxílio aos cuidadores informais, melhoraria a sua qualidade de vida.

Na literatura ficam claras as relações entre as características do idoso frágil com e sem síndrome demencial e a sobrecarga do cuidador informal, que interfere diretamente no cuidado prestado ao paciente, e maior índice de mortalidade entre estes cuidadores. Alguns estudos sugerem os sintomas comportamentais, como os principais causadores de sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil, assim como mudanças que ocorrem em sua vida social e profissional e a falta de informação (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008; CASSIS *et al.*, 2007).

Assim, cuidar de uma pessoa idosa frágil com ou sem síndrome demencial, em tempo prolongado, expõe os cuidadores informais a riscos constantes de adoecimento, estresse e efeitos negativos, causando sentimento de sobrecarga do cuidador informal.

O cuidador informal é hoje um componente essencial e cada vez mais necessário no cotidiano de famílias que lidam com a pessoa idosa frágil. Assim, torna-se fundamental desenvolver estudos sobre a pessoa idosa frágil com ou sem síndrome demencial e estabelecer relação com a sobrecarga e suas consequências sofridas pelo cuidador informal.

Referencial teórico metodológico

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, descritivo, sobre a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com ou sem síndrome demencial.

A revisão sistemática da literatura é atividade fundamental para a prática baseada em evidência (PBE), pois condensa o conhecimento fracionado em um único estudo, permitindo ao pesquisador uma cobertura mais ampla do que poderia obter com a realização de um estudo clínico. Esse método permite refinar os resultados de vários estudos, identificando os de menor rigor acadêmico e os de maior confiabilidade (CALIRI; MARZIALE, 2000; PEREIRA; BACHION, 2006; SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Para realizar a revisão sistemática o pesquisador deve apreender seu percurso e seus pressupostos, desenvolver habilidades de análise de artigos científicos, síntese de resultados encontrados e analisar criticamente as evidências encontradas (PEREIRA; BACHION, 2006).

Na revisão sistemática da literatura, o pesquisador utiliza uma metodologia clara e bem definida, planejada para responder a uma pergunta específica, utilizando métodos para identificar, selecionar, avaliar criticamente os estudos, coletar e analisar os dados. Toda esta estrutura é utilizada para evitar viés (tendenciosidade), visando minimizar os erros nas conclusões, possibilitando que diferentes pesquisadores que seguirem os mesmos passos descritos, cheguem às mesmas conclusões. A revisão sistemática é, portanto, uma apropriação das melhores evidências externas, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidência (CASTRO, 2001; GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004; PEREIRA; BACHION, 2006).

A PBE é definida como o uso consciente e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado de pacientes, e leva em consideração a síntese da melhor evidência externa ou de pesquisas, a experiência do profissional e os valores e preferências do paciente, isto é, centrada no paciente e na família (SAMPALIO; MANCINI, 2007).

A Colaboração Cochrane é uma organização internacional, que envolve pesquisadores de todo o mundo e tem como objetivo fazer revisões sistemáticas sobre intervenções em saúde e disseminar seus resultados em todo o mundo,

auxiliando pesquisadores a realizarem revisões sistemáticas sobre questões clínicas relevantes em diversas áreas da saúde, fundamentando a prática clínica. A Cochrane é conhecida universalmente como uma das melhores fontes de evidências para pesquisa, por seguir métodos científicos rigorosos (CALIRI; MARZIALE, 2000; SOARES, 2005).

A Colaboração Cochrane, segundo Castro (2001), produziu a *Cochrane Handbook*, que preconiza sete etapas para a realização de uma revisão sistemática, apresentadas a seguir:

1º etapa - Formulação da pergunta

Formulação da pergunta é uma fase aparentemente simples, mas é de fundamental importância, pois só se chega à resolução do problema, se a questão for bem definida (PEREIRA; BACHION, 2006). Uma pergunta bem formulada (bem definidos os pacientes/doença e a intervenção) facilita a tomada de decisão sobre o que deve ou não ser incluído na revisão (CASTRO, 2001).

2º etapa - Localização e seleção dos estudos

Para localizar e selecionar os estudos a serem incluídos na revisão deve-se utilizar as bases de dados eletrônicas - Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciência da Saúde (IBECS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial de Saúde (WHOLIS), *Cochrane Collaboration*; referências bibliográficas dos estudos relevantes; solicitar estudos de especialistas; pesquisar manualmente revistas e anais de congressos, detalhando o método utilizado para cada uma das fontes utilizadas.

3º etapa - Avaliação crítica dos estudos

A avaliação crítica é realizada para determinar quais são os estudos válidos para a revisão, para isto são usados critérios rigorosos para determinar a validade dos estudos selecionados e qual a probabilidade de estarem com dados viciados. Os que não preenchem os critérios de validade são citados e explicados o porquê de sua exclusão.

4º etapa - Coleta de dados

Nesta fase são coletados todas as variáveis estudadas, as características do método, dos participantes e dos desfechos clínicos, que permitirão determinar a possibilidade de comparar ou não os estudos selecionados. Pode ser necessário entrar em contato com o autor do estudo para solicitar maiores detalhes.

5º etapa - Análise e apresentação dos dados

Os estudos deverão ser agrupados de acordo com suas semelhanças.

6º etapa - Interpretação dos dados

É nesta fase que se determina a força da evidência encontrada, a aplicabilidade dos resultados, informações sobre custo e a prática corrente que sejam relevantes e determinados os limites entre os benefícios e os riscos.

7º etapa - Aprimoramento e atualização da revisão

A revisão será publicada e poderá receber críticas e sugestões que devem ser incorporadas às edições subsequentes, atualizando-a sempre que surgirem novos estudos sobre o tema.

E é exatamente esta, a diferença entre a revisão sistemática e a revisão tradicional, a busca de possíveis vieses em todas as etapas. A revisão sistemática é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Percurso metodológico

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Questão norteadora

A sobrecarga física e emocional do cuidador da pessoa idosa frágil com síndrome demencial é maior que a do cuidador informal da pessoa idosa frágil sem síndrome demencial?

5.2 Descritores

A busca das publicações nas bases de dados foi realizada de acordo com os seguintes descritores, escolhidos mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Estresse Psicológico, Estresse Fisiológico, Cuidadores, Família, Idoso Fragilizado, Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência por Múltiplos Infartos, Doença por Corpos de Lewy, Demência Frontotemporal e sinônimos em inglês e espanhol, indexadas nas bases de dados eletrônicas consideradas pelos centros internacionais de prática baseada em evidência e por serem mais conhecidas e utilizadas pelos enfermeiros. Para ampliar a busca das publicações, também foram usados os seguintes termos e seus similares em inglês e espanhol: para estresse psicológico e estresse fisiológico foi usado “estresse”, para cuidadores, foi usado “cuidador”, para idoso fragilizado foram usados “idoso”, “fragilizado”, “frágil” e para doença de Alzheimer, demência vascular, demência por múltiplos infartos, doença por corpos de Lewy e demência frontotemporal foram usados “Alzheimer” e “demência”.

5.3 Critérios para inclusão dos artigos

Foram considerados como critérios de inclusão:

- estudos primários, comparativos entre a sobrecarga física e emocional de cuidadores informais da pessoa idosa frágil com síndrome demencial, e a sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa frágil sem síndrome demencial, cujos participantes fossem cuidadores informais;

- artigos publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2000 a setembro de 2010. Este corte temporal foi estabelecido devido aos estudos na área da saúde evoluírem rapidamente, necessitando de atualizações constantes, principalmente quando se trata de estudos da pessoa idosa frágil e de síndrome demencial;
- estudos identificados de acordo com as bases de dados eleitas, de periódicos nacionais e internacionais;
- estudos avaliando a sobrecarga física e emocional do cuidador informal, com de pelo menos um dos desfechos abaixo descritos:
 - problemas de saúde caracterizados pelo aumento do índice de morbidade / piora da saúde física;
 - cansaço;
 - sobrecarga de trabalho em jornadas contínuas e exaustivas;
 - deficiência do autocuidado;
 - acúmulo de funções;
 - depressão;
 - restrição na vida social / isolamento social;
 - ansiedade;
 - piora da qualidade de vida;
 - estresse;
 - termos similares.

Fizeram parte da amostra estudos que atenderam a estes critérios.

5.4 Critérios para exclusão dos artigos

Artigos que não foram localizados na íntegra.

5.5 Busca eletrônica

A identificação e seleção dos estudos respeitaram as recomendações estabelecidas pela *Cochrane Collaboration*. A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2010 a setembro de 2010, sendo utilizadas as bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde

(LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciência da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE), Pubmed, *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em informação científica e técnica em saúde para a região da América Latina e Caribe. Em 1967, foi estabelecida no Brasil com o nome de Biblioteca Regional de Medicina e em parceria com Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo, promovem o acesso à informação científico-técnica em saúde. Em 1998, foi desenvolvido um sistema de informação, coordenado pela BIREME, conhecido como BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

A BVS é um site composto por fontes de informação em ciências da saúde para atender às necessidades de informação científica e técnica de profissionais e estudantes da área. Dentro da BVS, estão as seguintes bases de dados:

- LILACS, que contém artigos, revistas conceituadas da área da saúde e outros documentos, tais como, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. Está disponível em português, espanhol e inglês e possui acesso gratuito aos resumos dos artigos.
- IBECS é uma base de dados sobre ciências da Saúde publicada na Espanha, ela inclui temas das publicações periódicas de diversas áreas das ciências da saúde, tal como a medicina (incluindo saúde pública, epidemiologia e administração sanitária), farmácia, veterinária, psicologia, odontologia e enfermagem. Pretende-se com o desenvolvimento da IBECS, dispor de um índice bibliográfico sobre conteúdo das publicações de ciências da saúde espanholas que permita o acesso à informação e simultaneamente facilite a difusão das revistas espanholas, promovendo-as a nível nacional e internacional.
- MEDLINE que é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (USA -

NLM), que cobrem as áreas de medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins.

A PubMed é uma base de dados de acesso público, criada e mantida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (*National Library of Medicine*), que possibilita a pesquisa bibliográfica de referências de artigos médicos. O acesso é realizado pelo Centro Nacional para a Informação de Biotecnologia (NCBI), é uma versão gratuita do banco de dados MEDLINE.

A base de dados MEDLINE é uma só, mas pode ser disponibilizada em diferentes interfaces de pesquisa, na BVS ou na PubMed. Os mecanismos e expressões de busca são diferentes, disponibilizando artigos diferenciados. A interface disponibilizada na BVS permite fazer a pesquisa por assunto e em português.

A CINAHL é uma base de dados de qualidade, produtos e serviços na área da enfermagem internacional. Representa uma vasta literatura na área da saúde (enfermagem), incluindo textos completos. O acesso aos resumos dos artigos é gratuito pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

A BDEF é uma base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem. Foi desenvolvida pela Biblioteca J. Baeta Vianna, do Campus da Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Desenvolveu-se com o patrocínio do Programa de Desenvolvimento da Escola de Enfermagem / UFMG (PRODEN) e convênio a BIREME, com o compromisso de alimentar a base de dados LILACS. Inclui referências bibliográficas e resumos de livros, teses, manuais, folhetos, congressos, separatas e publicações periódicas, gerados no Brasil ou, escritos por autores brasileiros e publicados em outros países.

Estas bases de dados foram selecionadas pelo fato de serem mais utilizadas e conhecidas pelos enfermeiros. A estratégia de busca utilizada nas diversas bases de dados e a quantidade de artigos identificados de acordo com os descritores e termos definidos estão apresentados no QUADRO 1.

QUADRO 1
Estratégia de busca nas bases de dados selecionadas e número de artigos identificados. Belo Horizonte, 2010

Base de dados	Estratégia de busca	nº de artigos identificados
LILACS	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Doença de Alzheimer" OR "Demência Vascular" OR "Demência por Múltiplos Infartos" OR "Doença por Corpos de Lewy" OR "Demência Frontotemporal") OR [tw](Alzheimer or dementia or demência)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil)))	2
LILACS	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil)))	5
BDEF	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Doença de Alzheimer" OR "Demência Vascular" OR "Demência por Múltiplos Infartos" OR "Doença por Corpos de Lewy" OR "Demência Frontotemporal") OR [tw](Alzheimer or dementia or demência)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil)))	0
BDEF	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil)))	0
IBCS	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Doença de Alzheimer" OR "Demência Vascular" OR "Demência por Múltiplos Infartos" OR "Doença por Corpos de Lewy" OR "Demência Frontotemporal") OR [tw](Alzheimer or dementia or demência)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil)))	2
IBCS	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil)))	6
MEDLINE	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Doença de Alzheimer" OR "Demência Vascular" OR "Demência por Múltiplos Infartos" OR "Doença por Corpos de Lewy" OR "Demência Frontotemporal") OR [tw](Alzheimer or dementia or demência)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil))) AND [PD]("2000" or "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010") AND [LA]("ESPAÑOL" or "INGLES" or "PORTUGUES") AND NOT [PT]("REVISAO")	13
MEDLINE	([mH]("Estresse Psicológico" OR "Estresse Fisiológico") OR [TW](estresse or stress or Estres)) AND ([MH]("Cuidadores") OR (EX F01.829.263\$) OR [TW](cuidador\$ or caregiver\$)) AND ([MH]("Idoso Fragilizado") OR [tw]((idoso or elderly or anciano) and (fragilizado or frail or fragil))) AND [PD]("2000" or "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010") AND [LA]("ESPAÑOL" or "INGLES" or "PORTUGUES") AND NOT [PT]("REVISAO")	65
PubMed	("Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress, Physiological"[Mesh:noexp] OR stress) AND ("Family"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh] OR caregivers OR family) AND ("Frontotemporal Dementia"[Mesh] OR "Lewy Body Disease"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR "Dementia, Vascular"[Mesh:noexp] OR "Dementia, Multi-Infarct"[Mesh] OR dementia OR Alzheimer) AND ("Frail Elderly"[Mesh] OR Frail Elderly) AND ((English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2010/09/20"[PDAT]))	15
PubMed	((("Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress, Physiological"[Mesh:NoExp] OR stress) AND ("Family"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh] OR caregivers OR family) AND ("Frail Elderly"[Mesh] OR Frail Elderly) AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND ("1999/01/01"[PDAT] : "2010/09/16"[PDAT]) NOT "review"[Filter]) NOT ("Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress, Physiological"[Mesh:NoExp] OR stress) AND ("Family"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh] OR caregivers OR family) AND ("Frontotemporal Dementia"[Mesh] OR "Lewy Body Disease"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR "Dementia, Vascular"[Mesh:NoExp] OR "Dementia, Multi-Infarct"[Mesh] OR dementia OR Alzheimer) AND ("Frail Elderly"[Mesh] OR Frail Elderly)) AND ((English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2010/09/16"[PDAT]))	40
CINAHL	TX ("Frontotemporal Dementia"OR "Lewy Body Disease" OR "Alzheimer Disease" OR "Vascular Dementia" OR "Multi-Infarct Dementia") and TX ("Psychological Stress" OR "Physiological Stress" OR "stress") and TX ("Family" AND "Caregivers") and TX "Frail Elderly"	71
CINAHL	(("Psychological Stress" OR "Physiological Stress" OR "stress")) and (("Family" AND "Caregivers")) and ("Frail Elderly")	23
TOTAL		242

5.6 Seleção dos estudos

Foram utilizados testes de relevância elaborados a partir da proposta de Pereira (2006) e Pereira e Bachion (2006), compostos por uma lista de perguntas claras e objetivas que geram respostas afirmativas ou negativas, que refinam os artigos que serão acessados na íntegra. Neste estudo foram utilizados dois testes de relevância, o teste de relevância I e o teste de relevância II, de acordo com os critérios abaixo.

O teste de relevância I foi aplicado às referências e resumos dos artigos, sendo realizado por apenas um avaliador que deverá responder de forma afirmativa ou negativa as seguintes perguntas apresentadas no QUADRO 2 elaborado a partir da proposta de Pereira (2006).

QUADRO 2

Teste de relevância I aplicado às referências e resumos dos artigos selecionados nas bases de dados. Belo Horizonte, 2010

Referência do estudo:

Questões	Sim	Não
1 - O estudo está de acordo com o tema investigado?		
2 - O estudo foi publicado dentro do período estipulado no projeto?		
3 - O estudo foi publicado no idioma estipulado no projeto?		
4 - Estudo primário, envolvendo diretamente seres humanos como sujeitos?		
5 - O estudo aborda a solução do problema que está sendo investigado?		

O estudo foi incluso? () Sim () Não

Assinatura do avaliador:

Fonte: PEREIRA, 2006, adaptado pela pesquisadora.

Os artigos selecionados no teste de relevância I foram acessados na íntegra para análise e avaliação da qualidade das informações publicadas. Os artigos foram avaliados por dois profissionais, de forma independente, que possuíam conhecimentos sobre metodologias da pesquisa. A segunda avaliadora

foi uma médica geriatra com conhecimentos na área específica e em metodologia da pesquisa. No caso de desacordo, foi realizado um encontro presencial para discussão e definição da inclusão ou exclusão dos artigos (PEREIRA; BACHION, 2006).

Os resumos e referências selecionados no teste de relevância I foram analisados na íntegra por dois avaliadores de forma independente e submetidos ao teste de relevância II. Foram analisados os aspectos descritos no QUADRO 3 elaborado a partir da proposta de Pereira (2006).

QUADRO 3

Teste de relevância II aplicado na íntegra aos artigos selecionados no teste de relevância I. Belo Horizonte, 2010

Referência do estudo:

Questões norteadoras	Sim	Não
1 - O problema de pesquisa está claro?		
2 - Os objetivos do estudo têm relação com a questão que está sendo estudada?		
3 - A metodologia está descrita com clareza e alcança os objetivos?		
4 - Os resultados são compatíveis com a metodologia e merecem credibilidade?		

O estudo foi incluído? () Sim () Não

Assinatura do avaliador:

Fonte: PEREIRA, 2006, adaptado pela pesquisadora.

Após aplicação do teste de relevância II, os artigos selecionados foram avaliados por dois profissionais de forma independente e extraídos dados detalhados das pesquisas de acordo com os itens do roteiro abaixo (QUADRO 4) que foi elaborado a partir da proposta de Pereira (2006).

QUADRO 4

Roteiro para extração de dados dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura. Belo Horizonte, 2010

Referência do estudo:

1 - Tema principal:

2 - Tipo de estudo:

3 - Característica dos sujeitos:

4 - Metodologia:

5 - Método de análise:

6 - Resultados encontrados:

7 - Observações do avaliador:

Fonte: PEREIRA, 2006, adaptado pela pesquisadora.

Os resultados foram apresentados em gráficos, tabelas, figuras e quadros.

5.7 Resultados da seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática

Foram encontrados nas seis bases de dados selecionadas 242 artigos (QUADRO 1, p. 40) que estão sintetizados na TAB. 1.

TABELA 1
Artigos encontrados nas bases de dados, por descritores.
Belo Horizonte, 2010

Descritores	LILACS	BDEF	IBECS	MEDLINE / BVS 2000- 2010	PubMed 2000- 2010	CINAHL	Total
Estresse psicológico Estresse fisiológico and Cuidadores and Doença de Alzheimer Demência vascular Demência por múltiplos infartos Doença por corpos de Lewy Demência frontotemporal and Idoso fragilizado	2	0	2	13	15	71	103
Estresse psicológico Estresse fisiológico and Cuidadores and Idoso fragilizado	5	0	6	65	40	23	139
Total	7	0	8	78	55	94	242

Foram encontradas publicações em cinco das seis bases de dados utilizadas, ocorrendo uma predominância na base de dados CINAHL, com 94 artigos, seguida pela MEDLINE/BVS (78), e PubMed (55). Na IBECS e LILACS, com 8 e 7 publicações, respectivamente e na BDEF não foi encontrada publicação.

Foram encontrados estudos repetidos, ou seja, um artigo foi encontrado 6 vezes, 2 artigos, 4 vezes, 16 artigos, 3 vezes e 36 artigos, 2 vezes. Tendo em vista que estes foram considerados apenas uma vez, foram excluídos 77 (32,0%) artigos repetidos, sendo em sua maioria nas bases MEDLINE/BVS e PubMed. Assim, restaram 165 (68,0%) artigos a serem submetidos ao Teste de Relevância I, descritos na FIG. 1.

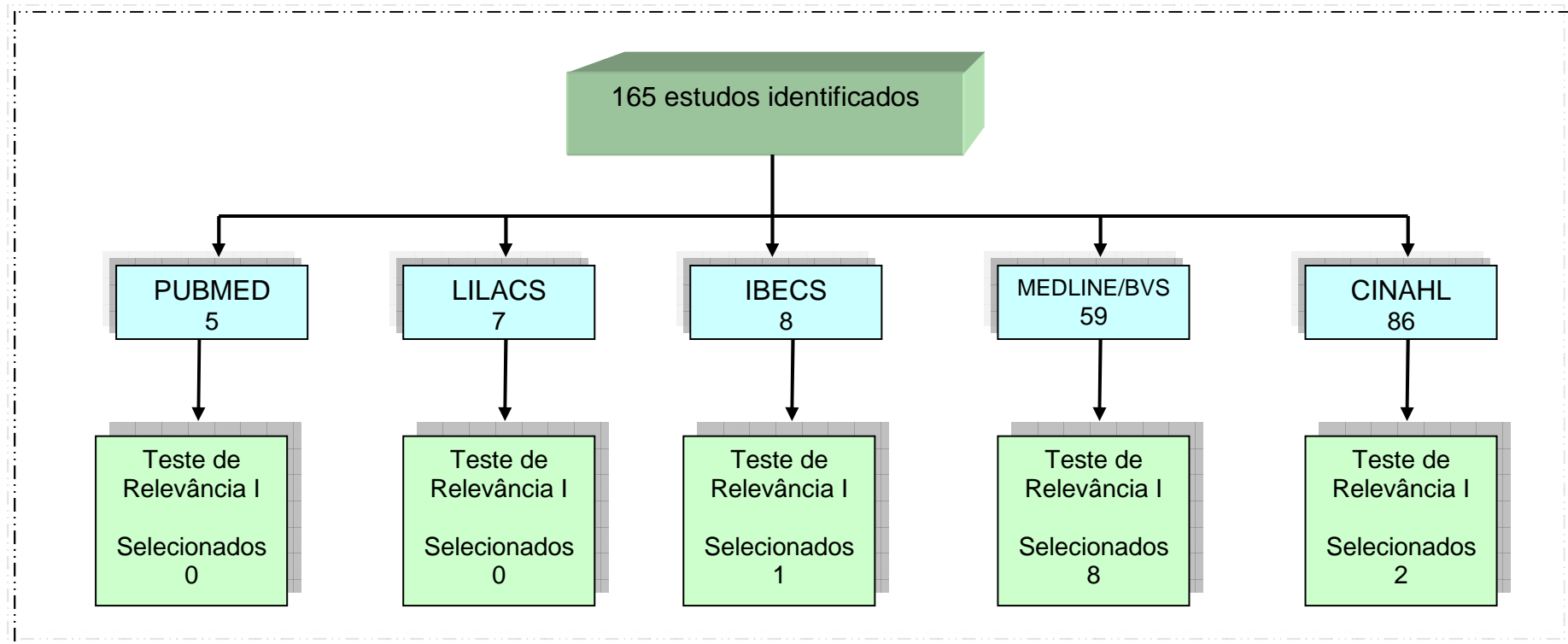


FIGURA 1 - Fluxograma dos estudos selecionados após aplicação do teste de relevância I. Belo Horizonte, 2010.

Após o teste de relevância I das referências e dos resumos, foram excluídos 154 (93,0%) artigos, pois estavam publicados fora do período estipulado para o estudo, eram estudos de revisão sistemática da literatura, ou editoriais, ou jornal (carta), não sendo estudos primários ou artigos científicos ou os estudos não estavam de acordo com o tema investigado.

Assim, foram selecionados 11 (7,0%) artigos. Nas bases de dados LILACS e PubMed não foram selecionados artigos. A não seleção de artigos na PubMed se justifica pelo fato de que um grande número deles estava em duplicidade com a MEDLINE/BVS, sendo considerados os artigos desta base de dados. Os artigos selecionados através do teste de relevância I foram acessados na íntegra e submetidos ao teste de relevância II, conforme FIG. 2.

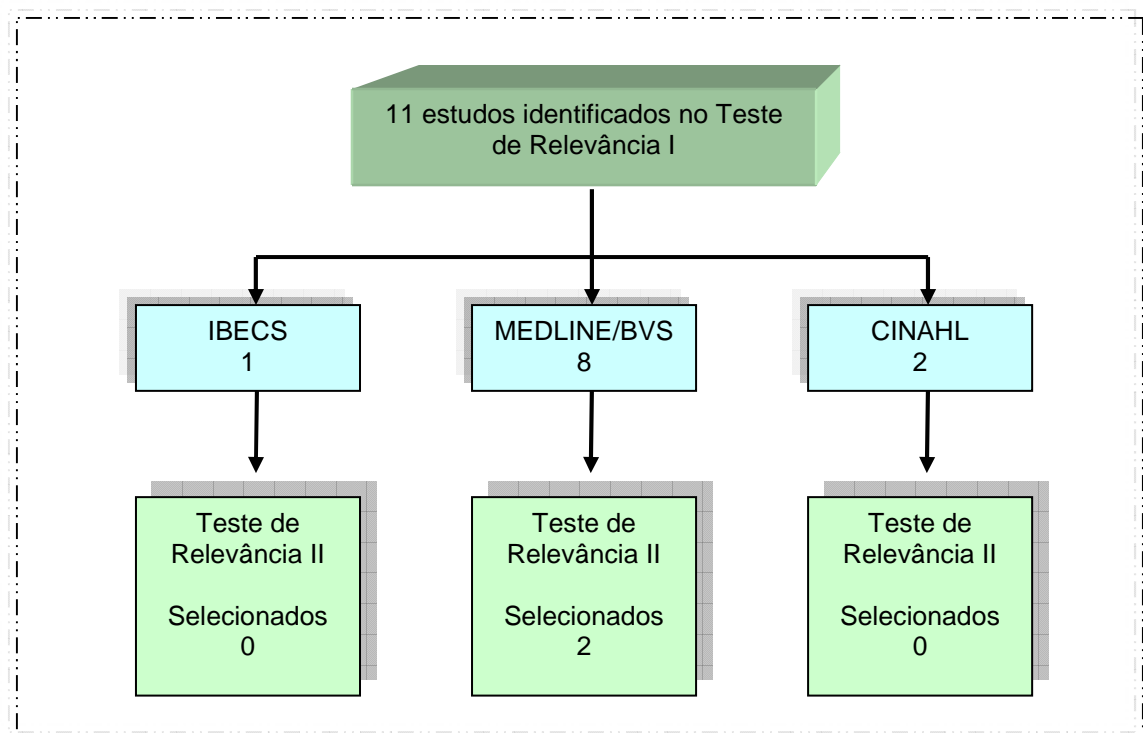


FIGURA 2 - Fluxograma dos estudos identificados e selecionados após aplicação do teste de relevância II. Belo Horizonte, 2010

Os 11 artigos foram avaliados por dois profissionais independentemente. Durante a aplicação do Teste de Relevância II, ocorreram quatro desacordos entre as duas avaliadoras, que foram facilmente resolvidos em encontro presencial, pois se tratavam de problemas na tradução ou uma leitura mais criteriosa da metodologia.

Após aplicação do Teste de Relevância II, foram selecionados 2 (18,0%) artigos e excluídos 9 (82,0%) por apresentarem incompatibilidades metodológicas, tais como: avaliação apenas do perfil do cuidador, revisão de literatura, diferenças culturais entre cuidadores, não especificavam as sobrecargas, ou relacionavam a sobrecarga com outros fatores que não a condição do paciente.

Segundo Bouza, Muñoz e Amate (2005), em estudos de revisão sistemática é comum que ocorra um número grande de exclusões, fato ocorrido nesta revisão.

Após interpretação dos dados, aplica-se aos resultados a força de evidência. Na literatura, existem diferentes definições de classificação das evidências, portanto é consenso entre os autores que elas obedecem a uma hierarquia de confiabilidade em ordem decrescente de evidências originadas de múltiplos estudos randomizados até estudos não sistemáticos (fonte mais frágil de evidência), portanto, todos são fontes de evidências (PEREIRA; BACHION, 2006). A evidência é “algo” que fornece provas e a sua qualidade está diretamente ligada a sua validade e relevância (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Neste estudo foi utilizada a força de evidência adotada por Hicks (2004), definida por características das fontes em que foram geradas e pode ser categorizada em cinco níveis:

Nível I - Evidência forte - pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, bem delineados.

Nível II - Evidência forte - pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado.

Nível III - Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle.

Nível IV - Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa.

Nível V - Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

Resultados / discussão

6 RESULTADOS/DISCUSSÃO

6.1 Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

Fizeram parte deste estudo 2 artigos com as características das referências e dos estudos, descritas nos QUADROS 5 e 6, respectivamente.

QUADRO 5
Características das referências incluídas na revisão sistemática.
Belo Horizonte, 2010

Código do Estudo	Título	Autor (es)	Profissão do autor principal	Local do estudo	Periódico	Idioma	Ano de publicação
1	Burden of informal carers of mentally infirm elderly in Lancashire	Mafullul YM.	Psicólogo	Inglaterra	East African Medical Journal	Inglês	2002
2	Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving	Kim Y; Schulz R.	Psicólogo	Estados Unidos	Journal of Aging and Health	Inglês	2008

Os dois artigos foram encontrados na base de dados MEDLINE/BVS, ambos na língua inglesa, um realizado na Inglaterra em 2002 e outro nos EUA em 2008 e tinham como primeiros autores psicólogos. Esta pequena amostra demonstra a escassez de estudos comparativos entre a sobrecarga do cuidador informal do paciente com demência e a do cuidador informal do paciente sem demência.

Os 2 artigos foram submetidos ao roteiro para extração de suas características, que estão apresentadas no QUADRO 6.

QUADRO 6
Características dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010

Código do Estudo	Objetivo *	População / amostra	Tipo de estudo	Métodos	Teste estatístico
1	Comparar a sobrecarga do cuidador de paciente idoso com demência com a do paciente sem demência para determinar a prevalência de estresse emocional nos cuidadores e investigar a relação entre o bem estar do cuidador e a duração do cuidado oferecido.	91 cuidadores informais	Descritivo	O perfil de dependência dos idosos foi avaliado pelas <i>Activity of Daily Living (ADL)</i> e atividades psicomotoras do paciente. Para avaliar a sobrecarga do cuidador foi utilizada a escala <i>Carer's Assessment of Difficulties Index (CADI - similar Zarit)</i> modificada para "sim" ou "não". E para avaliar o estresse emocional do cuidador foi utilizada a escala <i>General Health Questionnaire (GHQ-28)</i> .	Mann-Whitney U, t students, qui-quadrado, Sperman.
2	Comparar o estresse e a sobrecarga do cuidador familiar do paciente com câncer, demência, diabetes e idoso frágil.	406 cuidadores familiares **	Descritivo	Foram avaliados as variáveis sócio demográficas, categoria da doença, variáveis do cuidado <i>Activity of Daily Living (ADL)</i> e <i>Instrumental Activity of Daily Living (IADL)</i> e repercussões do cuidado.	Testes F, regressão hierárquica, modelo de regressão multivariável, análise pós-hoc, qui-quadrado.

Nota: * Tradução livre.

** O estudo foi desenvolvido com 606 cuidadores, porém 200 eram cuidadores de pacientes com câncer e diabetes.

O estudo desenvolvido nas duas pesquisas foi descritivo, ambos utilizaram a escala de atividades da vida diária (AVD) do paciente (*Activity of Daily Living - ADL*) para avaliar o grau de dependência do idoso, juntamente com a avaliação das atividades psicomotoras no estudo 1 e atividades da vida diária instrumental (*Instrumental Activity of Daily Living - IADL*) no estudo 2.

Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes com demência ou sem demência, os estudos utilizaram métodos diferenciados. No estudo 1, foi aplicada a escala *Carer's Assessment of Difficulties Index* (CADI) e no estudo 2 foram avaliados o índice de horas/semana trabalhadas, tempo de cuidado e o tipo de cuidado desenvolvido pelo cuidador na dependência do paciente. No estudo 1 foi também utilizada a escala *General Health Questionnaire* (GHQ-28) para avaliar o estresse emocional do cuidador. Embora utilizadas diferentes escalas para avaliação da sobrecarga dos cuidadores, este fato não constituiu um critério de exclusão, uma vez que os resultados encontrados não são discrepantes.

Como testes estatísticos para analisar os resultados, os dois estudos utilizaram o teste qui-quadrado juntamente com outros testes.

A distribuição dos cuidadores de acordo com o estudo e condições dos pacientes está apresentada na TAB. 2.

TABELA 2

Distribuição dos cuidadores segundo a condição dos pacientes dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010

Código do Estudo	Cálculo da amostra	Amostra de cuidadores informais			Critérios	
		Cuidadores de pacientes com demência	Cuidadores de pacientes sem demência	Tamanho da amostra	Inclusão	Exclusão
1	NI	48	43	91	NI	NI
2	NI	271	135	406	S	NI

Nota: NI = não informado. S = sim.

Nos dois estudos não foi informado como foi calculada a amostra de cuidadores assim como os critérios de exclusão. Os critérios de inclusão dos cuidadores só foi explicitados no estudo 2.

Cabe destacar que embora o estudo 2 tenha sido desenvolvido também com cuidadores portadores de outras patologias (câncer e diabetes), este estudo

pode fazer parte da revisão, uma vez que o mesmo permitia a comparação da sobrecarga do cuidador informal do paciente com demência e sem demência. O referido estudo foi desenvolvido com 606 cuidadores e para o presente estudo foram considerados 406 cuidadores informais, sendo 271 de pacientes com demência e 135 para pacientes sem demência que correspondem aos critérios de inclusão.

No que se refere à condição do paciente nos dois estudos, a maioria era pessoas com demência, como pode ser observado no GRAF. 1.

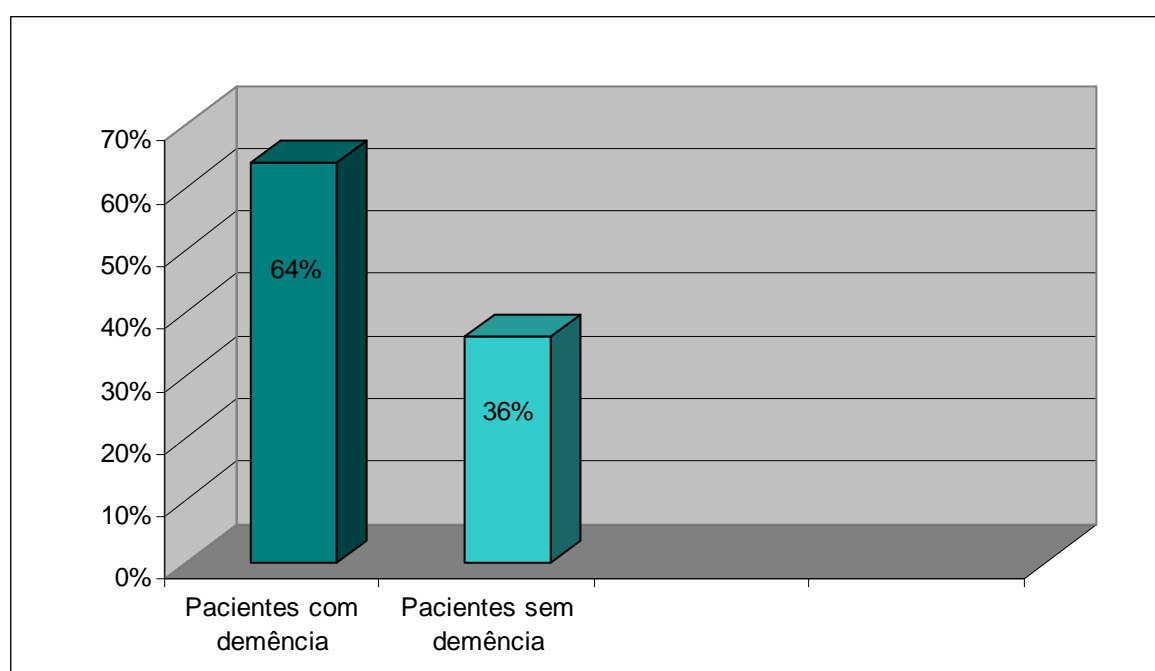


GRÁFICO 1 - Condições dos pacientes dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010.

Quanto às características dos pacientes só foi possível identificar o número de pacientes de acordo com o gênero no estudo 1, sendo a maioria de mulheres (63,0%).

As características dos cuidadores de idosos estão descritas na FIG. 3.

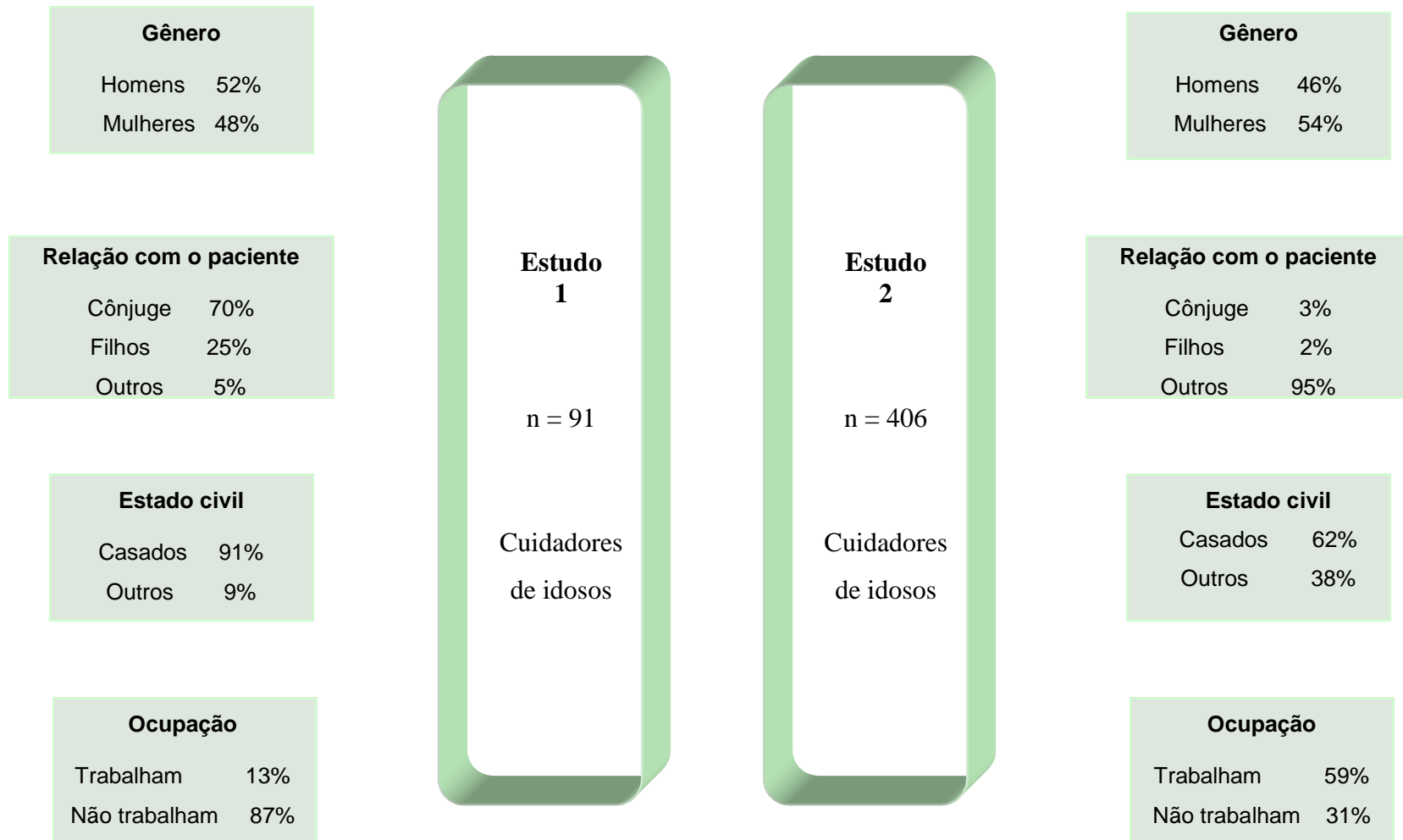


FIGURA 3 - Características dos cuidadores de idosos dos estudos incluídos na revisão sistemática. Belo Horizonte, 2010

A maioria dos cuidadores em ambos os trabalhos eram cônjuges, seguidos pelos filhos e outros (irmãos, nora, vizinho, amigos).

Cerca da metade dos cuidadores tanto no estudo 1 quanto no estudo 2 era de homens, 52,0% e 46,0%, respectivamente. No primeiro caso este resultado pode ser justificado pelo fato de que 56,0% dos cuidadores cônjuges eram os próprios maridos.

Não foi feito um paralelo entre a idade média nos dois estudos, pois esta informação só foi explicitada no estudo 1 (66,2 anos).

No que se refere à atividade profissional ou ocupação, a maioria dos cuidadores do estudo 2 (59,0%) exercia alguma atividade profissional. Apenas 13,0%, no estudo 1 tinham uma outra ocupação além da atividade de cuidar e todos relataram ter problemas no trabalho em decorrência das atividades desenvolvidas no cuidado com o familiar dependente. No mesmo estudo, dos cuidadores que não trabalhavam 9,0% relataram ter aberto mão do trabalho para cuidar do seu parente.

6.2 Resultados e conclusões dos estudos incluídos na revisão sistemática

Em ambos estudos fica evidente que tanto os cuidadores de pacientes com demência e sem demência, experimentam os mesmos tipos de sobrecargas, física e emocional, porém, o que difere é o grau de manifestação. Cuidadores de pacientes com demência experimentam maior grau de sobrecarga quando comparados com cuidadores de pacientes sem demência. Este resultado é justificado pelo fato de os pacientes com demência serem mais dependentes de seus cuidadores.

Os estudos analisaram variáveis diferentes o que dificultou a comparação de fatores que influenciaram o nível de sobrecarga.

A sobrecarga física foi mais identificada nas mulheres, em cuidadores de idades mais avançadas e nos que relatavam que o paciente tinha maior necessidade de cuidados. O nível educacional mais baixo dos cuidadores e a condição de saúde do paciente estão associados ao maior número de queixas de esforço físico (estudo 2). Outro fator significativo em relação a sobrecarga física foi a exposição do cuidador ao estresse crônico e o tempo longo de prestação do cuidado (estudo 1).

A falta de apoio ou de visitas familiares é um dos fatores que influencia o grau de sobrecarga emocional ou estresse emocional de cuidadores de pacientes com demência, favorecendo o surgimento de sentimentos de isolamento. Esses cuidadores sentem mais raiva da situação de cuidado do que os cuidadores de pacientes sem demência (estudo 1).

Na análise da relação do tempo de cuidado com o nível de estresse emocional do cuidador não se encontrou evidência nesta relação (estudo 1).

Cuidadores de pacientes com demência podem apresentar maior risco de disforia (estudo 1) do que cuidadores de pacientes sem demência, por terem pouco tempo para si mesmos, exaustão física, sentimentos de raiva, auto estima baixa, frustração e desamparo, problemas no trabalho, alienação familiar e social e constrangimento social. O *déficit* cognitivo nos pacientes dementes prejudica a valorização ou retribuição do apoio do cuidador predispondo a disforia.

O cuidado do paciente com demência é visto como um dos maiores desafios que levam ao estresse dos cuidadores familiares. O sofrimento psicológico e físico do paciente com demência contribui de maneira importante para o estresse do cuidador.

Embora não tenha sido objeto de investigação do presente estudo, foi identificada a sobrecarga decorrente da dificuldade financeira. Assim como a sobrecarga física e emocional, a dificuldade financeira também foi maior no cuidador do paciente com demência, do que no sem demência. Esta associação esta mais vinculada com o nível educacional mais baixo, maior carga de horas/semana de cuidado e etnia do cuidador, do que com a condição de saúde do paciente (estudo 2).

À medida que a condição do paciente piora os cuidados aumentam e se tornam mais complexos, ocasionando uma relação insatisfatória entre cuidador e paciente, o que foi significativamente maior entre os cuidadores de pacientes com demência do que entre os cuidadores de pacientes sem demência (estudo 1).

É notável que problemas na vida conjugal foram reportadas por 43,0% dos cuidadores de pacientes com demência. Dos cuidadores que eram os próprios cônjuges, 58,0% relataram que tinham uma relação satisfatória com a pessoa cuidada, enquanto que 42,0% referiram a perda da relação física e emocional, pela deterioração do estado mental do cônjuge cuidado levando a uma relação insatisfatória.

A grande maioria dos cuidadores considerou que a hospitalização do paciente constitui uma trégua, pois alivia a sobrecarga do cuidado. Por outro lado, um número menor de cuidadores considera a hospitalização do paciente como sobrecarga adicional (estudo 1).

Cuidadores queixam que os profissionais parecem não valorizar os problemas vivenciados por eles no seu cotidiano (estudo 1), o que pode aumentar os riscos para sua saúde.

E para maior clareza, as manifestações relatadas pelos cuidadores, foram classificadas como sobrecarga emocional e física, conforme descritas no QUADRO 7.

QUADRO 7

Comparação dos tipos de sobrecarga do cuidador de acordo com os estudos e condições do paciente. Belo Horizonte, 2010

Tipo de sobrecarga	Estudos			
	1		2	
	Condições do paciente			
	com demência n = 48	sem demência n = 43	com demência n = 271	sem demência n = 135
Emocional	> manifestações somáticas > ansiedade > depressão > disforia > disfunção social	< manifestações somáticas < ansiedade < depressão < disforia < disfunção social	> estresse emocional	< estresse emocional
Física	> alteração da saúde física	< alteração da saúde física	> esforço/estresse físico	< esforço/estresse físico

Na comparação entre a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com ou sem síndrome demencial, deixa clara a diferença significativa entre o grau de sobrecarga do cuidador de pacientes com demência em relação a do cuidador do paciente sem demência. Em todos os aspectos abordados, as sobrecargas física e emocional foram maiores nos cuidadores de pacientes com demência, quando comparados com os cuidadores de pacientes sem demência. Tal fato pode ser explicado pelas alterações comportamentais e desafiadoras dos pacientes com demência.

Os resultados dos estudos serão apresentados no QUADRO 8.

QUADRO 8

Síntese dos resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática.
Belo Horizonte, 2010

Resultados estudo 1	Resultados estudo 2
<p>O estudo aponta para um grau maior de sobrecarga (geral) nos cuidadores de pacientes com demência do que nos cuidadores de pacientes sem demência.</p> <p>Em relação a sua saúde física, mais uma vez os cuidadores de pacientes com demência relataram mais alterações da sua saúde física quando comparados com cuidadores de pacientes sem demência.</p> <p>Cuidadores de pacientes com demência relatam também grau maior de estresse emocional (ansiedade, depressão, manifestações somáticas) que os cuidadores de pacientes sem demência.</p> <p>A progressão do cuidado tende a piorar a relação entre o cuidador e o paciente. Não houve associação entre a duração do cuidado e o estresse emocional do cuidador.</p>	<p>Neste estudo fica evidente que os níveis de sobrecarga (geral) dos cuidados de pacientes com demências (64,4%) eram maiores que dos cuidadores de idosos frágeis (31,1%).</p> <p>Outro dado encontrado é que os cuidadores de pacientes com demência relatam níveis mais altos de esforço/estresse físico resultante do cuidado do que cuidadores de idosos frágeis.</p> <p>Os mesmos relatam também níveis mais elevados de estresse emocional do que os cuidadores de idosos frágeis.</p> <p>A necessidade/dificuldade financeira do cuidador estava mais associada com a baixa escolaridade e com a maior carga de trabalho (horas/semana), do que com a condição de saúde do paciente.</p>

As conclusões apresentadas nos dois estudos foram as seguintes (QUADRO 9):

QUADRO 9

Síntese das conclusões dos estudos incluídos na revisão sistemática.
Belo Horizonte, 2010

Conclusão Estudo 1	Conclusão Estudo 2
<p>A sobrecarga física e emocional do cuidador foi comparativamente maior em cuidadores de pacientes com demência do que em cuidadores de pacientes sem demência.</p>	<p>No estudo comparativo fica claro que os cuidadores de pacientes com demência relataram níveis maiores de sobrecarga física e emocional que os cuidadores de idosos frágeis.</p>

Atendendo ao objetivo geral proposto no estudo, conclui-se que: **a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com demência é maior do que a do cuidador informal da pessoa idosa frágil sem demência.**

Nível de evidência V, classificado de acordo com as características das fontes dos artigos.

Obs: este nível de evidência foi determinado de acordo com a classificação apresentada na página 47.

Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, como qualquer pesquisa, apresenta alguns limites. O principal deles refere-se ao número limitado de estudos comparativos (dois) entre a sobrecarga física e emocional do cuidador informal da pessoa idosa frágil com a do cuidador sem síndrome demencial.

Diante deste fato buscou-se, como estratégia para ampliar o número de artigos, estudos não comparativos na esperança da possibilidade de relacionar os seus resultados. Porém isto não foi possível, pois basicamente esses estudos se referiam a cuidadores de pacientes com demência. Além disso, esses estudos avaliavam variáveis diferentes, o que não possibilitaria nenhuma comparação entre eles.

Assim para viabilizar o presente estudo foram utilizados os dois únicos artigos identificados que faziam uma comparação entre as sobrecargas de acordo com a condição do paciente (com e sem demência).

O grande número de exclusões dos artigos gerou angústia na pesquisadora ao mesmo tempo motivando-a para a realização deste trabalho como uma forma de mostrar o vazio de conhecimento abordando a questão específica.

Com o aumento da expectativa de vida, haverá em todo mundo um crescente número de idosos que necessitarão de cuidados especiais, portanto, de cuidadores capacitados para assisti-los em suas necessidades bio-psico-sociais. Assim esses cuidadores também necessitam de ser assistidos para que suas sobrecargas sejam, se não eliminadas, pelo menos minimizadas.

Portanto, torna-se premente que profissionais, principalmente os da área da saúde, voltem seus olhares para o cuidador informal desenvolvendo estudos para identificar suas necessidades e buscar estratégias para amenizar as sobrecargas física e emocional advindas do cuidar da pessoa idosa frágil com ou sem síndrome demencial.

Referências

REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008.
- BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. A avaliação de risco. In: _____. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2006. v. 1, cap. 2, p. 25-26.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser o cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral: uma análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan./fev. 2004.
- BOUZA, C.; MUÑOZ, A.; AMATE, J. M. Efficacy of modern dressings in the treatment of leg ulcers: a systematic review. **Wound Repair Regen**, v. 13, n. 3, p. 218-229, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 1999. Seção 1. p. 20-24.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. **Opas**, Brasília, p. 59, jun. 2005.
- BRÊTAS, A. C. P.; YOSHITOME, A. Y. Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 9.2, p. 111-113.
- CALIRI, M. H. L.; MARZIALE, M. H. P. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 103-104, ago. 2000.
- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 7-10, 2002. Suplemento I.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CASSIS, S. V. A. *et al.* Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007.

CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. **Compacta: temas de cardiologia**, v. 3, n. 1, p. 5-9, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 3 abr. 2010.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 415-422, maio/jun. 2005.

DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 97-102, mar. 2005.

DUARTE, J. E.; MELO, R. V.; AZEVEDO, R. S. Cuidando do cuidador. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. v. 1, cap. 26, p. 371-379.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L. A.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, jun. 2007.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 1, p. 3-17.

FREIRE JÚNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-92, abr. 2006.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146-156, mar. 2001.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 3-6, abr. 2002.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 9.1, p. 102-110.

HICKS, N. Assessment criteria. **Bandolier J**, v. 39, n. 9, 2004. Disponível em: <<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band39/b39-9.html>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Características da população**. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 jun. 2008.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 2, p. 19-21.

KIM, Y.; SCHULZ, R. Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. **Journal of Aging and Health**, v. 20, n. 5, p. 483-503, ago. 2008.

LEME, L. E. G. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 10, p. 117-143.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. v. 1, cap. 1, p. 3-19.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço

de neurogeriatria. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, out./dez. 2006.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. v. 2, cap. 25, p. 260-280.

MAFULLUL, Y. M. Burden of informal carers of mentally infirm elderly in Lancashire. **East African Medical Journal**, Lancashire, v. 79, n. 6, p. 291-298, jun. 2002.

MENEZES, A. K. Cuidados à pessoa idosa: reflexões teóricas gerais. In: SBGG. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. cap. 10, p. 45-56.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. 2008. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/fecundidade.php>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

MORAES, E. N. Avaliação multidimensional do idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio. In: MORAES, E. N. **Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Editora Folium, 2010. 3. ed, p. 106-108.

MORAES, E. N. *et al.* Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. v. 1, cap. 4, p. 63-84.

MORAES, E. N.; DAKER, M. V. Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. v. 1, cap. 19, p. 273-291.

MORAES, E. N.; SANTOS, R. R. Demências irreversíveis. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. v. 1, cap. 22, p. 313-342.

MORLEY, J. E. Frailty. **Aging successfully**, v. 12, n. 1, 2002.

PAULA, J. A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008.

PEREIRA, A. L. **Revisão sistemática da literatura sobre produtos usados no tratamento de feridas**. 2006. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, dez. 2006.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n.1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, out./dez. 2007.

SOARES, B. G. O. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan S.A., 2005. cap. 1, p. 3-13.

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Sobrecarga do cuidador de pacientes com demência: confiabilidade da versão brasileira do inventário de sobrecarga de Zarit. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 372-376, mar./abr. 2004.

TEIXEIRA, I. N. A. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132, mai./ago. 2008.

TEIXEIRA, I. N. A. O.; NERI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. v. 2, cap. 115, p. 1102-1109.

VERAS, R. P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 382-397, out./dez. 1988.