

Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos

Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers
Eficacia de la intervención educacional en el conocimiento-actitud-práctica de cuidadores de adultos mayores

Andréa Carvalho Araújo Moreira^{1,II}, Maria Josefina da Silva^I, Juan José Tirado Darder^{I,III},
Janaína Fonseca Victor Coutinho^I, Maristela Inês Osawa Vasconcelos^{I,II}, Marília Braga Marques^I

^I Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

^{II} Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Sobral-CE, Brasil.

^{III} Universidad Cardenal Herrera, Colegio de Enfermería de Valencia. Valencia, España.

Como citar este artigo:

Moreira ACA, Silva MJ, Darder JJT, Coutinho JFV, Vasconcelos MIO, Marques MB. Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1055-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0100>

Submissão: 17-03-2016

Aprovação: 03-06-2017

RESUMO

Objetivo: Comparar conhecimento, atitude e prática de cuidadores de idosos nos domínios da relação de ajuda cuidador-idoso, alimentação, banho e higiene, mobilidade e transferência, antes e após uma intervenção educativa. **Método:** Estudo quase-experimental, realizado com 82 cuidadores, sendo que 34 participaram da intervenção. Foram realizadas entrevistas por meio do inquérito avaliativo de conhecimento, atitude e prática do cuidado ao idoso. **Resultados:** A intervenção educativa promoveu melhoria do conhecimento, da atitude e prática, com significância estatística da atitude ($p < 0,020$) e prática ($p < 0,001$), na relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio; conhecimento ($p < 0,001$) e prática ($p < 0,003$), na alimentação do idoso; conhecimento ($p < 0,001$) e prática ($p < 0,001$), no banho e higiene; e conhecimento ($p < 0,001$), atitude ($p < 0,001$) e prática ($p < 0,001$), na mobilização e transferência. Quando analisados separadamente os 34 cuidadores que iniciaram e concluíram o estudo, houve melhoria da atitude na maioria dos domínios. **Conclusão:** a intervenção educativa é uma estratégia possível e efetiva para o cuidador de idosos. **Descritores:** Assistência Domiciliar; Serviços de Saúde para Idosos; Cuidadores; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To compare the knowledge, attitude and practice of older adults' caregivers before and after an educational intervention in the domains of the care between caregiver and older adult, feeding, bathing, hygiene and mobility and transportation. **Method:** Quasi-experimental study carried out with 82 caregivers, of which 34 participated in the intervention. Interviews were conducted through a knowledge, attitude and practice research on the older adults' care. **Results:** The educational intervention led to improvements in knowledge, attitude and practice, with statistical significance of attitude ($p < 0.020$) and practice ($p < 0.001$), in the domain of the care between caregiver and older adult; knowledge ($p < 0.001$) and practice ($p < 0.003$) in feeding; Knowledge ($p < 0.001$) and practice ($p < 0.001$) in bathing and hygiene; and knowledge ($p < 0.001$), attitude ($p < 0.001$) and practice ($p < 0.001$) in mobility and transportation. The analysis of the 34 caregivers who started and completed the study showed an improvement in attitude in most of the domains. **Conclusion:** the educational intervention is an effective and viable strategy for older adults' caregivers. **Descriptors:** Home Nursing; Health Services for the Aged; Caregivers; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: Comparar conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de adultos mayores en los dominios de la relación de ayuda cuidador-adulto mayor, alimentación, baño e higiene, movilidad y traslado, antes y después de una intervención educativa. **Método:** Estudio cuasi-experimental, realizado entre 82 cuidadores, de los cuales 34 participaron de la intervención. Se realizaron entrevistas mediante la encuesta evaluativa de conocimiento, actitud y práctica de la atención a la persona mayor. **Resultados:** La

intervención educativa promovió una mejoría del conocimiento, de la actitud y de la práctica, con significancia estadística de actitud ($p < 0,020$) y práctica ($p < 0,001$) en la relación de ayuda del cuidador de persona mayor a domicilio; conocimiento ($p < 0,001$) y práctica ($p < 0,003$), en la alimentación del adulto mayor; conocimiento ($p < 0,001$) y práctica ($p < 0,001$), en el baño y en la higiene; y conocimiento ($p < 0,001$), actitud ($p < 0,001$) y práctica ($p < 0,001$), en la movilización y traslado. Según el análisis realizado separadamente de los 34 cuidadores que empezaron y terminaron el estudio, se observó una mejora de la actitud en la mayoría de los dominios. **Conclusión:** la intervención educacional es una estrategia posible y eficaz para el cuidador de adultos mayores.

Descriptores: Atención Domiciliaria; Servicios de Salud para Adultos mayores; Cuidadores; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; Educación en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Andréa Carvalho Araújo Moreira E-mail: dreamoreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional pode resultar em maior número de indivíduos sofrendo de desordens físicas e emocionais, o que aumenta a demanda por cuidadores⁽¹⁾. No Brasil, verificam-se alta prevalência de incapacidade funcional em idosos e ampla variabilidade entre os gêneros, sendo 42,8% entre as mulheres e 39,6% entre os homens⁽²⁾. A incapacidade funcional do idoso interfere diretamente na família, pois a dependência em realizar suas Atividades da Vida Diária (AVDs) requer a presença de um cuidador.

O cuidador de idoso é aquela pessoa que, membro ou não da família, assume, com ou sem remuneração, o cuidado ao idoso doente ou dependente no exercício de suas AVDs⁽³⁻⁴⁾. Assim, são apresentadas pela literatura as seguintes nomenclaturas e características: cuidador formal, quando recebe remuneração; cuidador informal, quando não é remunerado; cuidador principal ou primário, que está sempre com o idoso, sendo responsável pela realização de quase todas as tarefas; e o cuidador denominado secundário, aquele que raramente cuida do idoso⁽⁵⁾.

O perfil do cuidador de pessoas idosas se constitui como uma rede autônoma que ainda não se insere nos serviços e é carente de orientações e suporte de profissionais de saúde⁽⁶⁾. Estes, em sua maioria, não avaliam a família, o conhecimento dos cuidadores e as habilidades necessárias para a realização de tarefas no cuidado ao idoso, por exemplo, para auxílio na alimentação, cuidados de higiene pessoal, assistência em sua locomoção e atividades físicas⁽⁷⁾. Consequentemente, observam-se cuidadores que aprendem a prestar cuidados por tentativas e erros, o que gera medo e ansiedade, pelo risco de danos ao idoso⁽⁷⁾.

Destarte, enfermeiros têm papel relevante na assistência oferecida aos cuidadores de idosos, pois detêm competências para avaliar situações de vulnerabilidade na prestação do cuidado e conduzir intervenções capazes de minimizar influências negativas no processo de cuidar, no bem-estar dos cuidadores. Podem, portanto, prestar atendimento efetivo e preservar a saúde desses indivíduos⁽¹⁾.

As experiências educativas realizadas por enfermeiros têm obtido êxito junto ao cuidador, no sentido de corresponsabilizá-lo e promover o cuidado ao idoso no domicílio com maior segurança⁽⁸⁾. Portanto, a educação em saúde insere-se no contexto da atuação da enfermagem como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que

afetam as populações e seus contextos sociais. O enfermeiro destaca-se como educador, por ser quem mais tem assumido a educação em saúde no processo de cuidar.

Diante do exposto, o conhecimento acerca do processo de cuidar do idoso no domicílio pode favorecer a mudança de atitude dos cuidadores e, se aplicado de forma adequada, por meio de estratégias educativas efetivas e viáveis, gerar mudança na prática do cuidar. Destaca-se que a preocupação com o cuidador é recente no país e contribuir para que a prática do cuidado ao idoso seja mais segura requer intervenções educativas que possam abranger os domínios conhecimento, atitude e prática.

Este estudo torna-se relevante por haver, no contexto brasileiro, uma demanda de cuidadores com necessidades educativas específicas relacionadas ao cuidado da pessoa idosa no domicílio. Portanto, trata-se de uma pesquisa importante para o sistema de saúde, uma vez que propõe uma intervenção de enfermagem que visa à qualificação do cuidado ao idoso no domicílio, bem como à promoção da saúde da pessoa idosa.

OBJETIVO

Comparar conhecimento, atitude e prática de cuidadores de idosos sobre os domínios da relação de ajuda cuidador-idoso, alimentação, banho e higiene, mobilidade e transferência, na perspectiva da promoção da autonomia e capacidade funcional do idoso, antes e após uma intervenção educativa.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Desenho, local do estudo e período

Realizou-se um estudo quase-experimental no município de Sobral-CE. Os domicílios dos idosos em cuidados domiciliares cadastrados no Programa Melhor em Casa e pelas equipes de saúde da família dos territórios da Coelce, Terrenos Novos e Alto da Brasília constituíram os cenários da pesquisa. A escolha por esses territórios ocorreu intencionalmente, por concentrarem significativo número de pessoas em cuidado domiciliar, conforme dados da Secretaria de Saúde de Sobral-CE do ano de 2015. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2015.

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

Estimou-se uma população de 7.160 cuidadores de idosos, considerando a totalidade de 23.869 idosos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção da Atenção Básica (SIAB), no mês de novembro de 2015, e a proporção esperada de idosos que apresentavam a característica de interesse (incapacidade) – 30%. A amostra não probabilística foi composta por 82 cuidadores de idosos. Participaram da pesquisa os cuidadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser o cuidador principal, ter idade igual ou superior a 18 anos, prestar cuidado ao idoso no mínimo há seis meses e possuir capacidade autodeclarada de compreender e responder ao instrumento de coleta de dados. Foram excluídos da amostra os cuidadores que desistiram de exercer a função de cuidador de idosos durante o período da coleta de dados; quando ocorreu falecimento do idoso; e aqueles que desistiram de participar do estudo após o início da coleta de dados.

Contudo, na primeira etapa da pesquisa (pré-teste), foram entrevistados 87 cuidadores, dos quais dois foram excluídos devido ao falecimento do idoso e três desistiram de sua função no período da coleta de dados. Assim, participaram dessa etapa 82 cuidadores, da segunda etapa (Intervenção Educativa - IE) 34 cuidadores e, da terceira (pós-teste imediato), também 34 cuidadores.

A IE foi planejada para ser desenvolvida com uma média de 20 participantes por grupo, em um total de quatro sessões, o que abrangeria o quantitativo amostral de 82 participantes. Todavia, em virtude das dificuldades apresentadas pelos participantes para o comparecimento à IE, principalmente relacionadas ao fato de serem cuidadores principais e não terem com quem deixar os idosos, de não ter sido ofertado incentivo financeiro e, também, pela desmotivação apresentada pelos cuidadores, foram efetuadas quatro sessões com grupos distintos. O primeiro grupo contou com três (3) cuidadores, o segundo com quinze (15), o terceiro com nove (9) e o quarto com sete (7), abrangendo 34 participantes (perda de 57,5%).

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados em três etapas. A primeira contemplou a construção do Inquérito Conhecimento Atitude e Prática (CAP), do formulário de entrevista e pré-teste dos cuidadores. O inquérito CAP foi construído pela autora, com a colaboração de seis especialistas enfermeiros, docentes e pesquisadores - três possuíam o Título de Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - e de um estrangeiro que produziu o software Modelo de Plano de Cuidados de Atenção Holística Domiciliar (MPCAH^D)⁽⁹⁾, o qual, juntamente com as recomendações do Ministério da Saúde sobre as atividades do cuidador de idosos⁽³⁾, constituíram-se referenciais para a sua estruturação em quatro domínios: 1. Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio; 2. Alimentação; 3. Banho e higiene e 4. Mobilidade e transferência. Para cada um destes, avaliaram-se o conhecimento, a atitude e a prática. A experiência dos especialistas foi identificada pela autoria de pelo menos um trabalho científico publicado em periódico com "Qualis A", no qual se aplicou inquérito CAP e/ou que contemplasse a temática.

A avaliação do conhecimento, da atitude e prática dos cuidadores ocorreu conforme critérios baseados em estudos anteriores⁽¹⁰⁻¹¹⁾, sendo classificado como adequado e inadequado.

Domínio I – Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio

- a) Conhecimento. Adequado: Quando o cuidador verbaliza conhecer os problemas de saúde do idoso do qual cuida, não tem dificuldade em ajudá-lo diante dos problemas de saúde que se apresentam e menciona saber as consequências que o estado de dependência traz para o idoso. Inadequado: Quando o cuidador refere desconhecer os problemas de saúde do idoso do qual cuida ou quando tem dificuldade em ajudá-lo diante dos problemas de saúde que se apresentam ou não sabe as consequências, para o idoso, decorrentes do estado de dependência.
- b) Atitude. Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em ser um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa idosa de quem cuida. Quando o cuidador concorda totalmente que o idoso seja capaz de adotar novos comportamentos para melhorar seu bem-estar e que seja importante lhe conferir a oportunidade de fazer suas escolhas. Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discorda que seja um dos responsáveis pelo bem-estar da pessoa idosa por ele cuidada. Quando o cuidador concorda em parte ou discorda que o idoso seja capaz de adotar novos comportamentos para melhorar seu bem-estar e que seja importante facultar ao idoso a possibilidade de fazer suas escolhas.
- c) Prática. Adequada: Quando o cuidador refere planejar sempre com o idoso as atividades de cuidado e/ou sempre estimulá-lo a cuidar de si nas atividades básicas diárias. Inadequada: Quando o cuidador não refere planejar sempre com o idoso as atividades de cuidado e/ou estimulá-lo a cuidar de si nas atividades básicas diárias.

Domínio II – Alimentação

- a) Conhecimento. Adequado: Quando o cuidador já recebeu orientações sobre a alimentação do idoso em cuidado domiciliar e identifica dificuldades para mastigar e engolir (tosse e engasgo) como problemas comuns relacionados à alimentação. Ainda, sabe citar pelo menos duas consequências de uma alimentação inadequada ao idoso e dois cuidados que o ajudam a se alimentar com autonomia e independência. Inadequado: Quando o cuidador nunca recebeu orientações sobre a alimentação do idoso em cuidado domiciliar ou já recebeu, mas não identifica a dificuldade para mastigar e engolir (tosse e engasgo) como problemas comuns relacionados à alimentação. Ainda não sabe citar as consequências de uma alimentação inadequada ao idoso e dois cuidados que o ajudam a se alimentar com autonomia e independência.
- b) Atitude. Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em seguir as recomendações alimentares e os horários das refeições, preparar o ambiente das refeições de modo que o idoso se sirva e estimulá-lo a comer com suas próprias mãos, se houver condições para tanto. Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte

ou discorda em seguir as recomendações alimentares e horários das refeições do idoso ou em preparar o ambiente das refeições de modo que o idoso se sirva ou em estimulá-lo a comer com suas próprias mãos, quando há condição para realizar esta atividade.

- c) Prática. Adequada: Quando o cuidador sempre controla a alimentação do idoso (qualidade, quantidade e horários), o posiciona adequadamente e observa se ele apresenta dificuldade para mastigar e engolir. Inadequada: Quando o cuidador refere às vezes ou nunca controlar a alimentação do idoso (qualidade, quantidade e horários) e/ou posicioná-lo adequadamente e/ou observar se ele apresenta dificuldade para mastigar e engolir.

Domínio III - Banho e Higiene

- a) Conhecimento. Adequado: Quando o cuidador já recebeu orientações sobre banho e higiene do idoso em cuidado domiciliar, refere que a frequência do banho dependerá do estado de saúde e das necessidades de higiene, mas que a higiene oral deve ser realizada ao acordar e após cada refeição. Ainda reconhece o risco de quedas durante o banho e a importância de secar os pés cuidadosamente, para evitar micoses, e exercitá-los para prevenção de atrofia. Inadequado: Quando o cuidador nunca recebeu orientações sobre banho e higiene do idoso em cuidado domiciliar ou já recebeu, mas não refere que a frequência de banho dependerá do estado de saúde e das necessidades de higiene ou que a higiene oral deve ser realizada ao acordar e após cada refeição. Ou ainda, não reconhece o risco de quedas durante o banho e a importância de secar os pés cuidadosamente, para evitar micoses, e exercitá-los para prevenção de atrofia.
- b) Atitude. Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em respeitar e garantir a privacidade do idoso, em investigar os motivos de resistências ao banho, estimulá-lo a se vestir ou retirar sua própria roupa e permitir que escolha seus produtos de higiene e roupas, quando há condições para tanto. Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discorda em respeitar e garantir a privacidade do idoso ou de investigar os motivos de resistências ao banho ou de estimulá-lo a se vestir ou retirar sua própria roupa e permitir que escolha seus produtos de higiene e roupas, quando apresentar condições para realização dessas atividades.
- c) Prática. Adequada: Quando o cuidador refere sempre preparar um ambiente de banho aquecido e seguro, adotando procedimentos de segurança (banho sentado, instalação de barras de apoio e uso de tapetes antiderrapantes) e evitando interrupções durante o banho. Ainda refere observar diariamente alterações na pele do idoso e realizar a higiene oral ao acordar e após cada refeição, sempre limpar e secar a região perianal após eliminações urinárias e intestinais e cuidar dos pés do idoso, secando as regiões entre os dedos, estimulando exercícios e procurando identificar qualquer alteração. Inadequada: Quando o cuidador refere às vezes ou nunca preparar um ambiente de banho aquecido e seguro, menciona às vezes ou nunca

adotar procedimentos de segurança (banho sentado, instalação de barras de apoio e uso de tapetes antiderrapantes) ou afirma às vezes ou nunca evitar interrupções durante o banho. Ou ainda não refere observar diariamente alterações na pele do idoso e realizar a higiene oral ao acordar e após cada refeição, nem sempre limpar e secar a região perianal após eliminações urinárias e intestinais e nem sempre cuidar dos pés do idoso, secando as regiões entre os dedos, estimulando exercícios e procurando identificar eventual alteração.

Domínio IV - Mobilização e Transferência

- a) Conhecimento. Adequado: Quando o cuidador já recebeu orientação sobre mudança de posição ou transferência da pessoa idosa de um local para o outro ou sobre como auxiliar que ela caminhe no domicílio, que reconhece deformidades, úlceras por pressão ou escaras como riscos para o idoso quando este permanece em uma mesma posição por mais de duas horas. Ainda sabe citar pelo menos dois cuidados para ajudar o idoso a mudar de posição ou andar no domicílio ou transferi-lo de um local para outro. Inadequado: Quando o cuidador nunca recebeu orientações sobre mudança de posição ou transferência da pessoa idosa de um local para o outro ou sobre auxiliar para que ela caminhe no domicílio, ou ainda, que recebeu orientações, mas não reconhece deformidades, úlceras por pressão ou escaras como riscos para o idoso quando este permanece em uma mesma posição por mais de duas horas. Ainda quando não sabe citar pelo menos dois cuidados para ajudar o idoso a mudar de posição ou andar no domicílio ou movê-lo de um local para outro.
- b) Atitude. Adequada: Quando o cuidador concorda totalmente em estimular os movimentos no idoso, mesmo nas atividades simples do dia a dia, e em promover um ambiente domiciliar seguro, de modo que intervenha no ambiente sempre que identificar riscos de quedas. Inadequada: Quando o cuidador concorda em parte ou discorda em estimular os movimentos no idoso, mesmo nas atividades simples do dia a dia, e em promover um ambiente domiciliar seguro, realizando mudanças no ambiente sempre que identificar riscos de quedas.
- c) Prática. Adequada: Quando o cuidador refere promover mudança de posição no idoso acamado a cada duas horas, inserir na rotina de cuidado exercícios programados, no mínimo três vezes na semana, e, sempre que necessário, adaptar o ambiente da casa para melhor locomoção do idoso. Inadequado: Quando o cuidador não refere promover mudança de posição no idoso acamado a cada duas horas, não insere na rotina de cuidado exercícios programados, no mínimo três vezes na semana, e, somente às vezes ou nunca, refere adaptar o ambiente da casa para melhor locomoção do idoso.

O formulário de entrevista foi composto por 17 itens e subdividido em duas seções: seção I – condições demográficas e socioeconômicas; II contexto do cuidado domiciliar de idosos.

Na primeira etapa, elaborou-se um cronograma de visitas domiciliares aos cuidadores de idosos, a fim de realizar o pré-teste e caracterizar o perfil do cuidador. Concluído o inquérito CAP pré-teste, os cuidadores foram convidados, por meio de cartão-convite, para a próxima etapa do estudo (intervenção). Os participantes foram contatados mediante ligação telefônica três dias antes da intervenção, sendo ainda lembrados na véspera.

A segunda etapa – Intervenção Educativa (IE) – foi realizada durante grupo de educação em saúde, com duração de quatro horas. Os temas discutidos contemplavam a relação cuidador-idoso e os cuidados ao idoso no âmbito domiciliar (alimentação, banho e higiene, mobilização e transferência). O tempo de duração da intervenção levou em consideração a possibilidade dos cuidadores esclarecerem suas dúvidas e expressarem seus níveis de estresses, medos e ansiedades pela sobrecarga do cuidado.

A IE foi executada por uma enfermeira com auxílio de cinco acadêmicas de enfermagem, treinadas, do 10º semestre da Universidade Estadual Vale do Acaraú. A IE ocorreu em quatro locais distintos, próximos às residências dos cuidadores. Para realização da IE, utilizaram-se vídeos educativos, simulações e rodas de conversas. Foram entregues também orientações escritas.

A terceira etapa correspondia ao inquérito CAP pós-teste imediato. O pós-teste imediato foi realizado em virtude de se tratar de IE que media CAP de cuidadores de idosos, sendo utilizado em estudo semelhante⁽¹²⁾. Para este estudo, foi oportuno garantir a avaliação parcial (pós-teste imediato) pela dificuldade em recrutar esse tipo de grupo, considerando sua característica de ser cuidador principal (dedicação de tempo exclusivo para os cuidados diários ao idoso), além de sua realidade social desfavorecida, conforme já se observa na literatura⁽¹³⁾. É pertinente situar, também, que o indicador de efetividade, durante um processo avaliativo, considera relevante a aplicação de avaliações parciais ao término das etapas de um programa/intervenção⁽¹⁴⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados referentes aos inquéritos CAP foram digitados no Excel versão 10 e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Inicialmente foram realizadas análises descritivas univariadas, como cálculo de medidas de tendência central e distribuição de frequência. Utilizou-se o teste de McNemar para comparação dos domínios do CAP antes e após a intervenção. Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores apresentou média de idade de 47,82 anos (Mínima:18; Máxima:77; DP:14,02), sendo 22,0% com idade igual ou superior a 60 anos, 85,4% mulheres e 14,6%, homens, percentual similar para cuidadores casados e solteiros, 40,2%, respectivamente. Observou-se que a maioria, 45,1%, possuía ensino fundamental incompleto e 20,7% tinham o segundo grau completo. Ao analisar a situação trabalhista, verificou-se um total de 68,3% cuidadores desempregados, 82,9% não

remunerados para executar os cuidados ao idoso. Percebeu-se que 56,1% correspondiam a filhos e 13,4% a cônjuges. A maioria dos cuidadores (75,6%) coabitava com o idoso em situação de dependência, predominantemente, há mais de três anos (51,2%). O número de horas diárias de cuidados prestados foi, em média, de 19,56 horas (Mínimo: 4; Máximo:24; DP: 6,7). Quanto ao recebimento de ajuda para a realização dos cuidados, 64,6% afirmaram recebê-la. As pessoas que mais colaboravam nas atividades de cuidado eram os membros da mesma família, 88,9%, em detrimento da ajuda de profissionais, 7,4%. Neste aspecto, destaca-se que 91,0% dos cuidadores não receberam treinamento para o cuidado.

A Tabela 1 demonstra os inquéritos CAP realizados, considerando a análise comparativa dos 82 cuidadores que participaram do estudo antes da intervenção e 34 após a intervenção. Entendeu-se pertinente investigar no CAP a relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio, por acreditar que o cuidado domiciliar prestado de forma adequada se inicia a partir do estabelecimento de um vínculo, de uma motivação, que suscita no cuidador o interesse pelo processo saúde-doença do idoso, bem como o reconhecimento de seu papel como importante, que ajuda a promover o bem-estar de quem cuida, além do respeito à autonomia, entendida como diretriz que norteia este tipo de cuidado.

Todavia, no que se refere ao conhecimento do domínio que avaliou a relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio, obtiveram-se resultados apenas da amostra antes da intervenção, pois esta visou capacitar os cuidadores de forma coletiva, não coletando informações específicas e individuais dos idosos e de seus cuidadores no contexto do cuidado domiciliar. Assim, verificou-se, antes da intervenção, que os cuidadores apresentaram conhecimento inadequado para todos os domínios relacionados ao cuidado domiciliar de idosos, sendo que, no domínio banho, mostraram conhecimento inadequado de forma bastante expressiva, 98,8% (Tabela 1). Após a intervenção, houve mudança significativa para melhoria do conhecimento no que diz respeito à alimentação conhecimento adequado ($p=0,001$), banho conhecimento adequado ($p=0,001$) e mobilização conhecimento adequado ($p=0,001$) (Tabela 1).

Igualmente, na avaliação da mudança de atitude no domínio relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio, esta foi estatisticamente significativa $p=0,020$; a mudança de atitude no domínio mobilização obteve $p=0,001$. As atitudes nos domínios da alimentação e banho não obtiveram os mesmos resultados (Tabela 1). Com relação à prática do cuidado domiciliar de idosos, constatou-se, antes da intervenção, prática inadequada em todos os domínios. A mudança na percepção de como deve ser a prática do cuidado sofreu mudança estatisticamente significativa em todos os domínios, relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio ($p=0,001$); alimentação ($p=0,003$), banho e higiene ($p=0,001$) e mobilização ($p=0,001$) (Tabela 1).

Considerou-se relevante aplicar o teste McNemar exclusivamente entre os cuidadores que iniciaram e concluíram o estudo, ou seja, 34 cuidadores. Os dados estatisticamente significativos foram relacionados à mudança de atitude nos domínios alimentação ($p=0,020$), banho e higiene ($p=0,014$) e mobilização ($p=0,001$).

Tabela 1 – Avaliação da adequação e inadequação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o cuidado domiciliar de idosos, Sobral, Ceará, Brasil, 2015

		Grupo - n (%)		Total	p*
		Pré-teste	Pós-teste		
Relação de ajuda cuidador-idoso no domicílio					
Conhecimento	Adequado	17 (20,7)	-	17 (20,7)	-
	Inadequado	65 (79,3)	-	65 (79,3)	
Atitude	Adequado	34 (41,5)	27 (79,4)	61 (52,6)	0,020
	Inadequado	48 (58,5)	7 (20,6)	55 (47,4)	
Prática	Adequado	32 (39,0)	24 (70,6)	56 (46,9)	0,001
	Inadequado	50 (61,0)	10 (29,4)	60 (53,1)	
Alimentação					
Conhecimento	Adequado	13 (15,9)	22 (64,7)	35 (29,4)	<0,001
	Inadequado	69 (84,1)	12 (35,3)	81 (70,4)	
Atitude	Adequado	59 (72,0)	31 (91,2)	90 (77,6)	0,341
	Inadequado	23 (28,0)	3 (8,8)	26 (22,4)	
Prática	Adequado	32 (39,0)	25 (73,5)	57 (48,7)	0,003
	Inadequado	50 (61,0)	9 (26,5)	59 (51,3)	
Banho					
Conhecimento	Adequado	1 (1,2)	18 (52,9)	19 (16,4)	<0,001
	Inadequado	81 (98,8)	16 (47,1)	97 (83,6)	
Atitude	Adequado	44 (53,7)	29 (85,3)	73 (62,3)	0,215
	Inadequado	38 (46,3)	5 (14,7)	43 (37,7)	
Prática	Adequado	16 (19,5)	13 (38,2)	29 (25,2)	<0,001
	Inadequado	66 (80,5)	21 (61,8)	87 (74,8)	
Mobilização					
Conhecimento	Adequado	21 (25,6)	14 (41,2)	35 (30,2)	<0,001
	Inadequado	61 (74,4)	20 (58,8)	81 (69,8)	
Atitude	Adequado	74 (90,2)	32 (94,1)	106 (91,3)	<0,001
	Inadequado	8 (9,8)	2 (5,9)	10 (8,7)	
Prática	Adequado	2 (2,4)	34 (100,0)	36 (31,0)	<0,001
	Inadequado	80 (97,6)	-	80 (69,0)	

Nota: * Teste de McNemar

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores é similar ao identificado em estudos evidenciados na literatura⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. A média de idade de 47,82 anos aproximou-se dos estudos brasileiros⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Todavia, em relação aos estudos internacionais, a idade média diverge para em torno de 60 anos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. O cuidador idoso tem se constituído motivo de preocupação pelo fato da sobrecarga aumentar o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e limitações⁽²⁰⁾. O elevado percentual de cuidadoras, 85,2%, associa-se à crença predominante na sociedade de que cabe à mulher cuidar da família e que ela tem sido, ao longo da história familiar, o principal cuidador no ambiente domiciliar⁽²⁰⁾. No Brasil, o cuidado ao idoso se processa inter e intrageracional, realizado majoritariamente por pessoas do sexo feminino, sendo comum esposas, irmãs, filhas e netas assumirem esta responsabilidade⁽²¹⁾.

O fato de 56,1% dos cuidadores principais serem filhos pode estar relacionado ao sentimento de retribuição ao cuidado

recebido durante a infância, sendo, portanto, um dever moral de cuidar dos pais na velhice. Este resultado contribui para o entendimento de 82,9% não receberem remuneração pelas atividades desempenhadas no cuidado.

Destarte, a baixa escolaridade apresentada por 45,1% cuidadores com ensino fundamental incompleto pode influenciar na qualidade da assistência ao idoso, uma vez que o cuidador necessita de instruções básicas para seguir a prescrição dos cuidados terapêuticos. As tarefas atribuídas ao cuidador tornam-se obstáculos para aquisição de vínculo empregatício, o que pode explicar o índice de 68,3% deles desempregados. A restrição dos recursos financeiros é uma limitação importante, que pode, inevitavelmente, comprometer o cuidado aos idosos pela vulnerabilidade social⁽²²⁾.

A maioria dos cuidadores, 75,6%, coabita com os idosos em situação de dependência e presta cuidados diuturnamente, com média de 19,56 horas/dia. Torna-se complicado para o cuidador estar presente e se recusar, por algum motivo, a atender aos chamados do ser cuidado. Assim, acredita-se que os cuidadores mereçam atenção especial dos profissionais por estarem expostos a vivências de estresse crônico, que interferem na sua saúde física e psicológica, e por serem os responsáveis pela continuidade do cuidado prestado ao idoso em seus domicílios. Somado a esta questão, os cuidadores declara-

ram receber mais apoio de familiares, 88,9%, do que dos profissionais de saúde, 7,4%; ainda 91,5% referiram nunca ter recebido treinamento. Enfermeiros da atenção básica consideram que a visita domiciliar aos idosos em situação de dependência e seus cuidadores é uma atividade relegada a segundo plano, em função do contexto conturbado do processo de trabalho que se organiza prioritariamente para dar respostas à demanda espontânea⁽²³⁾. Dessa forma, cuidadores e idosos ficam potencialmente alheios às orientações necessárias aos cuidados em saúde, o que demanda dos gestores e profissionais um olhar crítico para esta realidade no sentido de identificar soluções para este problema. Esses achados refletem o despreparo do cuidador, gerando situações de risco para quem cuida e para quem é cuidado⁽²⁴⁾. Por isso, justifica-se a necessidade de investimentos em estratégias educativas que possibilitem a qualificação do cuidado domiciliar ao idoso, quando este se sentirá seguro de suas ações, o que beneficiará o idoso e quem dele cuida.

A atuação do enfermeiro pode ser elemento-chave para uma assistência integral ao cuidador e influenciar positivamente no cuidado ao idoso e cuidador⁽²⁵⁾. É preciso que os enfermeiros desenvolvam estratégias de intervenção que favoreçam as práticas cotidianas do cuidador, pois estudos de intervenção educativa⁽²⁶⁻²⁷⁾ forneceram evidências para as seguintes afirmativas: 1. Ambos, pacientes e cuidadores familiares, sentem necessidade de aprender conteúdos relacionados aos cuidados em saúde, inclusive sobre progressão da doença, métodos para prevenção de agravos e promoção da saúde. 2. Aprendizagem dos conteúdos relacionados aos cuidados em saúde levaria à aplicação do conhecimento na prática e a uma maior motivação para viver. A IE realizada na presente pesquisa mostrou efeitos desejáveis na medida em que se obteve melhora estatisticamente significativa do conhecimento (alimentação $p < 0,001$; banho e higiene $p < 0,001$; mobilização e transferência $p < 0,001$) atitude (relação de ajuda cuidador-idoso $p < 0,020$; mobilização e transferência $p < 0,001$) e prática (relação de ajuda cuidador-idoso $p < 0,001$; alimentação $p < 0,003$; banho e higiene $p < 0,001$; mobilização e transferência $p < 0,001$).

O cotidiano do cuidador é construído em função das necessidades do outro e lidar com esta realidade significa, no caso de cuidadores de idosos, surpreender-se com os problemas que surgem relacionados às doenças mais prevalentes do envelhecimento e ao estado de dependência. Na relação de ajuda cuidador-idoso, o modo como o cuidador percebe seu papel e as limitações e potencialidades da pessoa da qual cuida pode acarretar atitudes positivas ou negativas. Os conhecimentos que fornecem subsídios para cuidar do idoso e do cuidador familiar incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Entende-se que, ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador, o enfermeiro não deve focar ações na doença, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde⁽²⁸⁾.

Qualificar os conhecimentos dos cuidadores sobre alimentação é um dos fatores apontados como importante para prevenção e controle de comportamentos aversivos à alimentação. Estudo de revisão demonstrou efeitos positivos da educação nutricional em relação ao controle da massa corporal, ao estado nutricional, ao humor e também para a redução do declínio cognitivo dos idosos com demência⁽²⁹⁾. O banho é visto como atividade diária de maior dificuldade, tanto que 98,8% dos cuidadores apresentaram conhecimento inadequado neste quesito. Para além das questões técnicas e do risco de quedas, o cuidador lida com a subjetividade pelos medos e constrangimentos vivenciados na execução desta tarefa que cerceia a privacidade e intimidade do idoso. Sobre a mobilidade e transferência, vale reconhecer que os idosos estão expostos a inúmeros riscos de quedas e ao isolamento social no próprio domicílio, pois os espaços domiciliares nem sempre se encontram adaptados às suas necessidades de saúde, com ambientes livres e seguros. Há o interesse dos cuidadores e familiares de promover um espaço domiciliar seguro, mas nem

todos possuem condições financeiras adequadas para as mudanças necessárias. Portanto, reafirmar ao cuidador que esteja sempre atento à locomoção do idoso, bem como assegurar-lhe técnicas seguras e adequadas para a transferência do idoso de um local para o outro, são recomendações imprescindíveis ao planejamento da assistência de enfermagem ao idoso em cuidado domiciliar.

Limitações do estudo

Destacam-se como limitações deste estudo o tamanho da amostra, a falta de um grupo controle, o pós-teste imediato e a duração da intervenção, pois o tempo de quatro horas pode não ter sido suficiente para os cuidadores transformarem as informações recebidas em conhecimento, mudança de atitude e prática.

Contribuições para Enfermagem

Realizar esta investigação possibilita ampliar o conhecimento para a enfermagem como ciência, no que se refere à ampliação de evidências, com ênfase na elaboração e aplicação de intervenção educativa que visa empoderar o cuidador para suas necessidades reprimidas de aprendizagem. Os resultados desta pesquisa igualmente podem ser importantes tanto para enfermeiros quanto para os demais profissionais de saúde que atuam no cuidado domiciliar de idosos, por possibilitarem reflexão, discussão e implementação de ações educativas para qualificar tal assistência. Outro elemento importante é o fato de o cuidador vir a ser um futuro multiplicador de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas entre seus pares.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reiteram a importância de estabelecer intervenções educativas com cuidadores de idosos, tendo em vista que a intervenção educacional de enfermagem aplicada se mostrou capaz de produzir melhoria no conhecimento, na atitude e prática.

Os cuidadores de idosos apresentam um contexto de vulnerabilidade social caracterizado por um perfil de baixa escolaridade, restrições financeiras e alienação aos treinamentos para desempenho de atividades de cuidado ao idoso. O enfermeiro que coordena o cuidado domiciliar deve, portanto, utilizar-se da intervenção educativa por potencializar a interação com o cuidador e o idoso, no sentido de favorecer o estreitamento de vínculos de confiança mútua e um planejamento de cuidado que minimize os danos à saúde do idoso.

Dessa forma, a melhora significativa dos indicadores de conhecimento, atitude e prática revela que a intervenção foi efetiva e conduzida de maneira adequada; todavia, faz-se necessário o seguimento destes cuidadores. Quanto mais informado sobre os aspectos mais sensíveis ao cuidado do idoso que correspondem à realização das AVDs, melhor será o desempenho do cuidador, o que possivelmente trará impacto na sua qualidade de vida e na do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2015 [cited 2017 May 29];23(1):130-8. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281438429018.pdf>
2. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 15];19(3):545-59. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00545.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia Prático do cuidador[Internet]. Brasília: MS; 2008[cited 2016 Dec 1]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
4. Bastawrous M. Caregiver burden: a critical discussion. *Int J Nurs Stud*[Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 20];50:431-41. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489\(12\)00336-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489(12)00336-7)
5. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 28];26(1):50-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/09.pdf>
6. Medeiros FAL, Felix LG, Nobrega MML. Clinical Caritas Processes in workshops for caregivers of institutionalized elderly people. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 8];69(6):997-1004. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1059.pdf>
7. Wolff JL, Feder J, Schulz R. Supporting family caregivers of older Americans. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 15];375(26):2513-5. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1612351>
8. Brum AKR, Camacho ACLF, Valente GSC, Sá SPC, Lindolpho MC, Louredo DS. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 20];66(4):619-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a25.pdf>
9. Tirado DJJ. Autonomía, dependência e informatización del plan de cuidados: Planes Del Cuidado de Atención Holística Domiciliaria (MPCAHD) [Tese]. Universidad Cardenal Herrera[Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 03]. 206p. Available from: http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5430/1/Tirado%20Darder%2c%20Juan%20Jos%C3%A9_Tesis.pdf
10. Silveira NSP, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Oriá MOB, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Knowledge, attitude and practice of the smear test and its relation with female age. *Rev Latino-Am Enferm*[Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 17];24:2-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02699.pdf>
11. Brasil RFG, Moreira MMC, Teles LMR, Damasceno AKC, Moura ERF. Level of knowledge, attitudes and practices of puerperal women on HIV infection and its prevention. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 19];27(2):133-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0133.pdf>
12. Lopes LO, Cachioni M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2013[cited 2016 Dec 15];16(3):443-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a04.pdf>
13. Rocha Jr PR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 28];16(7):3131-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/13.pdf>
14. Sano H, Montenegro Filho MJF. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. *Desenv Quest*[Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 28];11(22):35-61. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/186/564>
15. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2013 [cited 2017 May 10];47(1):137-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/a17v47n1.pdf>
16. Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima IS, Andrade MKN, et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016[cited 2016 Nov 03];32(6):1-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00060115.pdf>
17. Santos GD, Forlenza OV, Ladeira RB, Aprahamian I, Almeida JG, Lafer B, et al. Caregiver burden in older adults with bipolar disorder: relationship to functionality and neuropsychiatric symptoms. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 06];17(5):317-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12241>
18. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anal Psicol*[Internet]. 2015 [cited 2017 May 01];31(1):19-27. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n1/psico_clinica3.pdf
19. Flores EG, Rivas ER, Seguel FP. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm*[Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 29];18(1):29-41. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf

20. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2017 [cited 2017 May 01];21(1):01-08. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127749356013>
21. Faller JW, Zilly A, Alvarez AM, Marcon SS. Filial care and the relationship with the elderly in families of different nationalities. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 28];70(1):22-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0022.pdf>
22. Santos GS, Cunha ICKO. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. *Saúde Colet* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 1];10(60):47-53. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228212008>
23. Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS. Falls and functional capacity in the oldest old dwelling in the community. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 01];22(1):43-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/06.pdf>
24. Fernandes BCW, Ferreira KCP, Marodin MF, Val MON, Fréz AR. Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. *Fisioter Mov* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 01];26(1):151-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n1/17.pdf>
25. Lindolpho MC, Oliveira JB, Sá SPC, Brum AK, Valente GSC, Cruz TJP. O impacto da atuação dos enfermeiros na perspectiva dos cuidadores de idosos com demência. *Rev Fundam Care*[Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 16];6(3):1078-89. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3452/pdf_1361
26. Seike A, Sumigaki C, Takeda A, Endo H, Sakurai T, Toba K. Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: an investigation based on learning needs and attitude changes. *Geriatr Gerontol Int*[Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 25];14(Suppl.2):28–34. Available from: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/ggi.12263/epdf>
27. Pozet A, Lejeune C, Bonnet M, Dabakuyo S, Dion M, Fagnoni P, et al. Evaluation of efficacy and efficiency of a pragmatic intervention by a social worker to support informal caregivers of elderly patients (The ICE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10];17:531. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez11.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5122007/pdf/13063_2016_Article_1622.pdf
28. Fernandes MEB, Salimene ACM. Cuidando de idosos dependentes no âmbito domiciliar. *Rev Portal Divulg*[Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 02];5(45):57-70. Available from: <http://portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/515/554>
29. Griner A, Caldas CP. O cuidado nutricional do idoso demenciado: a intervenção educativa voltada ao cuidador familiar. *Rev APS* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 15];17(2):255-62. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2125/815>