



SOBRECARGA FÍSICA E PSICOLÓGICA DOS CUIDADORES DE PACIENTES INTERNADOS EM DOMICÍLIO

PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL BURDEN OF CAREGIVERS OF PATIENTS INTERNED IN DOMICILE

LA SOBRECARGA FÍSICA Y PSICOLÓGICA DE LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN DOMICILIO

Diane Maria Scherer Kuhn Lago¹, Dirce Guilhem², Janette Arnaldo Sousa³, Kamilla Grasielle Nunes da Silva⁴, Thainara Silva Vieira⁵

RESUMO

Objetivo: identificar o preparo físico e psicológico e a percepção da sobrecarga de cuidadores de pacientes vinculados a um programa público de atenção domiciliar. **Método:** estudo qualitativo, observacional e transversal com cuidadores de pacientes internados em domicílio. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 08237612.7.0000.5553. **Resultados:** entrevistados 33 cuidadores, a maioria mulheres, filhas ou esposas dos pacientes, com idade média de 46 anos e de escolaridade baixa. Como morbidades, destacaram-se a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as doenças autoimunes. A maioria relatou o uso contínuo de medicamentos ansiolíticos, antidepressivos e analgésicos. Dos participantes, 31% apresentaram sobrecarga ligeira e 41% sobrecarga intensa. **Conclusão:** a função do cuidador é desgastante, física e psicologicamente, e a equipe de saúde tem um papel importante no apoio psicológico, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida. **Descritores:** Assistência Domiciliar; Cuidadores; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: identifying the physical and the psychological fitness and the perception of burden of caregivers of patients linked to a public program of home care. **Method:** a qualitative, observational and cross-sectional study with caregivers of home inpatients. The research project was approved by the Committee of Ethics in Research, CAAE: 08237612.7.0000.5553. **Results:** there were interviewed 33 caregivers, mostly women, daughters or wives of patients with an average age of 46 years old, and with low education level. Regarding morbidities, the highlights were hypertension, diabetes mellitus and autoimmune diseases. Most reported continuous use of anxiolytics, antidepressants and painkillers. Of the participants, 31% had slight and 41% severe burden. **Conclusion:** the caregiver's functions are exhausting physically and psychologically and the health team has an important role in psychological support, promoting actions aimed at the reduction of stress and improving quality of life. **Descriptors:** Home Care; Caregivers; Palliative Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar el estado físico y psicológico y la percepción de la sobrecarga de los cuidadores de pacientes vinculados a un programa público de atención en el hogar. **Método:** es un estudio cualitativo, observacional y transversal hecho con los cuidadores de los pacientes internos en el hogar. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE: 08237612.7.0000.5553. **Resultados:** fueron entrevistados 33 cuidadores, la mayoría mujeres, hijas o esposas de los pacientes con una edad media de 46 años, y con bajo nivel de educación. Como morbilidades, los aspectos más destacados fueron la hipertensión, la diabetes mellitus y las enfermedades autoinmunes. La mayoría informó el uso continuo de ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos. De los participantes, 31% tenían una ligera sobrecarga y el 41% sobrecarga severa. **Conclusión:** el papel del cuidador es agotador física y psicológicamente y el equipo de salud tiene un papel importante en el apoyo psicológico, en la promoción de acciones dirigidas a la reducción del estrés y en la mejora de la calidad de vida. **Descriptores:** Cuidado del Hogar; Cuidadores; Cuidados Paliativos.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Gerontologia, Aluna de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: diane.lago@gmail.com; ²Enfermeira, Pós-Doutora, Professora Titular, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: guilhem@unb.br; ³Aluna de Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: janette_arnaldo@hotmail.com; ⁴Aluna de Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: kamilla_grasielle@hotmail.com; ⁵Aluna de Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: tha.svieira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade indiscutível. No Brasil, dados do censo demográfico de 2010 revelam que, em 50 anos, a população brasileira praticamente triplicou, passando de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010. O número de idosos cresceu ainda mais, sendo que, em 1960, eles representavam 4,7% e, em 2010, chegaram a um patamar de 10,8%. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE traz como estimativa para o ano de 2050, que os idosos representarão 25% do total da população brasileira.¹

Para que o envelhecimento seja considerado ativo, é fundamental que haja qualidade de vida e a saúde é considerada como fator principal para que este requisito seja alcançado. Estudos relatam que a prevalência de doenças crônico-degenerativas aumenta com a idade.² As doenças crônico-degenerativas e suas consequências podem comprometer a autonomia do idoso, e, desta forma, exigir cuidados permanentes por parte de profissionais de saúde e familiares.

Esta aceleração na transição demográfica associada ao aumento das doenças crônicas degenerativas, implicam no crescimento de custos dos serviços de saúde devido à necessidade de incorporação de tecnologias de alto custo sem, necessariamente, obter, na assistência, os resultados efetivos esperados.³

Em geral, as doenças crônico-degenerativas geram a necessidade de internação hospitalar para o tratamento inicial. Após a estabilização do quadro patológico, estas podem ser continuamente tratadas com cuidados especiais oferecidos em ambiente domiciliar. Este tipo de internação traz como vantagem a conciliação do atendimento em saúde necessário e a convivência familiar e de amigos em ambiente saudável e seguro.

A atenção domiciliar (AD) possibilita a redução do período de internação, a agilidade no processo de alta hospitalar e a humanização no atendimento. Nesta modalidade de atenção, os serviços de saúde são oferecidos para o paciente em conjunto com a sua família, realizados na residência resultando em uma maior convivência entre o usuário do serviço de saúde e os profissionais que lhe atendem.⁴

Desde a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU pelo Ministério do Trabalho em 1949, o Brasil vem aprimorando este tipo de atendimento e discutindo quem assumiria o papel de cuidador do paciente.⁴

Um dos eixos da AD, a desospitalização de pacientes, proporciona atendimento personalizado, vínculo com os profissionais de saúde por meio de assistência integral e humanizada, preservação da autonomia, maior participação da família no tratamento devido à reintegração no ambiente familiar, além de possível aumento na qualidade de vida.⁵

Para que este atendimento de internação seja feito no domicílio do paciente é importante que haja a figura do cuidador. O Ministério da Saúde definiu que o cuidador pode ser uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência, cuidando de pessoas doentes e fez desse cuidado uma profissão informal ou ainda algum familiar que se disponha a permanecer um tempo maior na assistência ao paciente.⁴

Em abril de 2002, foi sancionada pelo Presidente da República a Lei n. 10.424 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS).⁶

Para dar continuidade ao estabelecimento deste atendimento em saúde no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 11/2006 estabelecendo os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar públicos e privados em todo o País. As modalidades previstas são de assistência e de internação e são destinadas à pacientes com impossibilidade de locomoção e que necessitam de procedimentos de internação de menor complexidade e que podem ser dispensados em domicílio.⁷

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal criou em seu organograma a Gerência de Atenção Domiciliar, que está vinculada à Diretoria de Atenção Primária em Saúde da Subsecretaria de Atenção à Saúde, e que atende a 10 (dez) Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD). A estes núcleos cabe a responsabilidade do atendimento a pacientes em modalidades diversas de atenção no domicílio, bem como a orientação aos cuidadores sobre os cuidados dispensados ao paciente e para a manutenção da sua própria saúde.

Por necessidade, muitas vezes, os cuidadores dos pacientes internados em domicílio são pessoas próximas, como familiares, que, por consequência do seu despreparo, apresentam dificuldades em exercer esta função que exige tempo, dedicação e conhecimento.

Com base no exposto, torna-se evidente a necessidade de preparo físico e mental dos cuidadores que prestam assistência por tempo indeterminado desenvolvendo esta atividade diária e constante na atenção em saúde domiciliar. Este estudo tem como objetivo:

- Identificar o preparo físico, psicológico e a percepção da sobrecarga de cuidadores de pacientes vinculados a um programa público de atenção domiciliar.

MÉTODO

Estudo qualitativo, observacional e transversal com cuidadores de pacientes internados em domicílio, de ambos os sexos e maiores de idade, vinculados a um Núcleo Regional de Atenção Domiciliar em uma localidade do Distrito Federal.

Foi utilizado o critério de saturação da amostra e realizadas coletas de dados até que as informações coletadas começaram a se repetir. A saturação é alcançada quando as novas informações nos produtos da análise já não produzem modificações nos resultados anteriormente atingidos.⁸

Foram realizadas entrevistas em domicílio com a aplicação de dois instrumentos de pesquisa. Primeiramente, foi utilizado um instrumento específico para conhecer os aspectos sociodemográficos e clínicos dos cuidadores e dos pacientes internados.

Em seguida, foi utilizada a Escala de Sobrecarga de Cuidador (ESC) resumida⁹ para avaliação da sobrecarga dos cuidadores dos pacientes. Esta escala, na versão resumida, é constituída por 22 questões, que incluem aspectos relacionados com a saúde física e psicológica, trabalho, recursos econômicos, relações sociais e a relação com o paciente. Ela se propõe a avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador incluindo informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

Para a análise dos dados, cada item da Escala de Sobrecarga de Cuidador foi pontuado de forma qualitativa e quantitativa da seguinte maneira: nunca (1); quase nunca (2); às vezes (3); muitas vezes (4) e quase sempre (5). Com a aplicação da escala obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma

maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: inferior a 46 - sem sobrecarga; entre 46 a 56 - sobrecarga ligeira e, superior a 56 - sobrecarga intensa. A coleta e a análise dos dados ocorreram de forma concomitante.

Em cumprimento à Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal mediante CAAE n. 08237612.7.0000.5553 e aprovado sob o número 187.211.¹⁰

Para participar da pesquisa, os indivíduos foram orientados quanto aos objetivos, justificativa, metodologia adotada e sobre a segurança quanto ao sigilo, a confiabilidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização, e, de forma livre e orientada optaram pela participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 33 cuidadores de pacientes internados em domicílio, vinculados ao NRAD da Regional de Saúde. Quanto às características sociodemográficas, a amostra foi composta por pessoas com idade média de 46 anos, sendo que 30% possuíam mais de 60 anos, e, tendo o mais novo dos cuidadores entrevistados, 20 anos e o de maior idade, 73 anos. Predominou o sexo feminino, com 87,6 % dos participantes, e a baixa escolaridade, sendo que 61% possuíam entre 3 e 5 anos de estudo formal.

Quanto à religião, houve predominância da católica, além de praticantes de religiões evangélicas de diversas frentes e ordens. Quanto ao grau de parentesco, a amostra de cuidadores foi composta por filhos(as), esposas, dos pacientes, além de cuidadores não possuíam parentesco direto com o paciente. Apenas dois cuidadores, o que representa 6%, não residem na mesma residência que o paciente (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores entrevistados. Brasília, DF, 2013.

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
20 a 29	06	18
30 a 39	03	09
40 a 49	02	06
50 a 59	05	15
60 ou mais	10	30
Grau de instrução formal (anos de estudo)		
1 a 2	02	06
3 a 4	05	15
4 a 5	12	36
6 a 7	03	06
8 a 9	03	06
10 ou mais	01	03
Religião		
Católica	18	55
Evangélica	15	45
Relação de parentesco		
Filha(o)	12	36
Esposa	07	21
Outro	08	24
Sem parentesco	06	19

Com relação à sua própria saúde, dor na coluna ou nas costas foi a queixa mais recorrente. Outras queixas que apareceram, com frequência associadas, foram as dores em membros e articulações.

Como morbidade, foi relatada a existência de doenças como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e doenças autoimunes como Artrite Reumatóide e Artrose (Tabela 2).

O uso de medicamentos para aliviar a dor ou para a indução do sono, segundo os próprios entrevistados, é constante, sendo que os ansiolíticos, antidepressivos e

analgésicos foram os medicamentos citados como de uso diário e contínuo.

O sono avaliado em qualidade e quantidade teve resultado ruim, sendo que a maioria dos participantes relatou ter menos de 6 horas de sono diárias (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas de cuidadores entrevistados. Brasília, DF, 2013.

Variável	n	%
Relatos de presença de dor		
Dor na coluna/costas	15	45
Membros e articulações	13	39
Outro tipo de dor	04	12
Não relatou dor	01	03
Patologias existentes		
Hipertensão Arterial Sistêmica	10	30
Diabetes Mellitus	05	15
Artrite, artrose e outras doenças autoimunes	06	18
Outras doenças	06	18
Sem relato de doenças	14	42
Uso contínuo de medicamentos		
Antidepressivos	06	18
Ansiolíticos	08	24
Analgésicos	10	30
Horas diárias de sono		
Até 6 horas/dia	20	60
Entre 6 e 8 horas/dia	10	30
Mais de 8 horas/dia	04	12
Qualidade do sono		
Bom	07	21
Ruim	26	78

Quanto ao tempo de exercício da função de cuidador, a média foi de 10 anos, sendo que o que exercia por menos tempo, estava apenas há 3 meses na função e o que exercia por mais tempo, segundo seu próprio relato, estava há 40 anos (Tabela 3).

Dos cuidadores entrevistados, 9% exerceram a função de cuidador na maior parte da vida, seja de criança ou de idosos. Uma cuidadora tinha como profissão anterior a de dona de casa. Os demais tinham diversas funções na área comercial e de autônomo e

tiveram que deixar para se dedicar a cuidar exclusivamente do familiar internado no domicílio. Nenhum dos entrevistados possui formação específica de cuidador e todos exercem a função com o apoio do NRAD, que oferece orientações específicas relacionadas às dificuldades apresentadas individualmente e em grupo (Tabela 3).

Com a aplicação da escala para avaliação da sobrecarga dos cuidadores, os resultados apontaram que 28% dos entrevistados não apresentaram sobrecarga significativa, 31% apresentaram sobrecarga ligeira e 41% apresentaram resultados significativos que representam sobrecarga intensa (Tabela 3).

Tabela 3. Tempo de exercício da função de cuidador, função anteriormente exercida e o resultado da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador - ESC. Brasília, DF, 2013.

Cuidador	Tempo que exerce a função de cuidador deste paciente	Função anteriormente exercida	Resultado da Escala de Sobrecarga do Cuidador
C1	2 anos	Cuidadora de criança	SI
C2	4 anos	Comércio - vendas	SI
C3	13 anos	Dona de casa	SI
C4	6 anos	Recepcionista	SS
C5	3 anos	Técnica em Contabilidade	SS
C6	15 anos	Cobradora de ônibus	SI
C7	6 anos	Vendedora	SI
C8	3 meses	Recepcionista	SI
C9	2 anos	Vendedora	SS
C10	2,5 anos	Representante comercial	SS
C11	11 anos	Cobradora de ônibus	SL
C12	1,5 ano	Auxiliar administrativo	SL
C13	8 anos	Dona de casa	SL
C14	5 anos	Costureira	SS
C15	5 anos	Vendedora	SI
C16	10 anos	Vendedora	SI
C17	5 anos	Copeira	SS
C18	3 anos	Recepcionista	SI
C19	3 anos	Auxiliar de escritório	SL
C20	40 anos	Comerciante	SS
C21	3 anos	Serviços Gerais	SL
C22	3 anos	Assistente administrativo	SL
C23	8 anos	Auxiliar de escritório	SI
C24	4 anos	Cobradora de ônibus	SS
C25	9 anos	Oficina mecânica	SI
C26	11 meses	Lavoura/agricultora	SL
C27	10 anos	Feirante	SL
C28	4 anos	Instrutora de autoescola	SL
C29	10 anos	Cuidadora de criança	SI
C30	16 anos	Serviços gerais	SS
C31	10 anos	Vendedora	SI
C32	8 anos	Vendedora	SL
C33	9 anos	Autônoma	SI

SS - Sem sobrecarga / SL - Sobrecarga ligeira / SI - Sobrecarga intensa

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a questão de que a função do cuidador é exercida, em sua maioria, por mulheres e, que, também como maioria, estas mulheres pertencem à família próxima da pessoa que recebe os cuidados. O papel de cuidador familiar é exercido por mulheres há séculos e representado socialmente no papel da mãe, dona de casa e cuidadora. Esta função se aproxima da profissão de enfermagem, exercida, em sua maioria, ainda nos dias atuais, por mulheres e que tem como aspecto principal, o papel do cuidado.

Em sua maior parte, o cuidador familiar deste estudo deixou de exercer uma função remunerada no mercado de trabalho, principalmente no comércio. A escolha por

qual familiar deixará de trabalhar com emprego formal está relacionada ao rendimento mensal do mesmo. Este processo também pode ser analisado pela falta de opção. Ou seja, não há como escolher não cuidar do familiar adoecido. Geralmente este papel é desempenhado pelas esposas ou filhas mulheres que sofrem esta pressão social para assumir o papel de cuidadora e deixar de exercer a profissão ou a função social até então desempenhada. Esta decisão acarreta desgaste psicológico¹¹.

O pouco tempo de estudo formal é considerado um dos fatores favoráveis à tomada de decisão em abandonar o trabalho para cuidar de um familiar. A renda é menor e não possibilita a contratação de cuidadores especializados para esta função.

Estudos indicam que o cuidador participa ativamente do processo de doença, pois acompanha o paciente o tempo todo e está sempre em busca de alternativas e de mais conhecimento para oferecer um cuidado com de melhor qualidade.¹²⁻³

O processo de cuidado a um paciente internado em domicílio tem data de início, mas não de término. O início representa um fato subsequente a uma situação específica como recuperação de acidente ou sequela de uma patologia, muitas vezes, degenerativa sofrida pelo paciente. O término, quando se trata de sequela de doença degenerativa ocorre apenas no fim da vida. Este fato também representa uma elevação do nível de estresse, pois a vida do cuidador, muitas vezes se alterou de forma muito significativa e muito rápida.

Cuidar de um paciente com doença avançada, internado no domicílio, é considerado uma carga pesada e pode causar ônus importante ao cuidador e também ao restante da família. Vários estudos mostram que cuidar de alguém de forma ininterrupta representa altos custos no nível psíquico, físico, social e, inclusive, financeiro. Estudos demonstraram que há maior risco de infarto agudo do miocárdio e de morte súbita para os cuidadores adultos e idosos.¹⁴⁻⁵ Vários pontos analisados se destacam como precursores às alterações psicossociais do cuidador, como o isolamento social e afetivo, a depressão, o declínio nos relacionamentos, a perda da perspectiva de vida, os distúrbios do sono e o uso constante de psicotrópicos.¹⁶

Um dos problemas identificados na vida desses cuidadores foi a privação do seu autocuidado, o que interfere diretamente na sua qualidade de vida, causando ainda um desgaste psíquico. Outros estudos realizados também evidenciaram este resultado e sugeriram a implementação de políticas sociais públicas voltadas ao cuidador.^{13,17-8}

Os cuidadores se dedicam em tempo integral ao cuidado, sendo que 94% deles residem na mesma casa que o paciente, e, portanto, não possuem um horário pré-determinado para exercer a função. Este fato reforça o resultado de sobrecarga intensa, pois se trata de prestação de cuidado intenso e contínuo. Além disso, a questão do adoecimento de algum membro da família próximo, como no caso de filho(a), pai, mãe ou cônjuge acarreta profundas alterações na dinâmica familiar, possibilitando o surgimento de crises e estresse psíquico.¹³

Outro fator importante para análise da sobrecarga do cuidador é sua própria condição de saúde, que, muitas vezes, não é avaliada e

nem percebida. Neste estudo, o relato da presença de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica se faz presente em boa parte dos cuidadores. Este resultado era esperado, pois estas doenças crônico-degenerativas estão comumente presentes em pessoas com mais de 60 anos de idade.

Doenças osteoarticulares, que também se mostraram presentes no estudo em proporção importante, representam o desgaste físico que é percebido pelos cuidadores em função da movimentação necessária para o exercício do cuidado em pacientes acamados. Atividade física e exercícios de fortalecimento muscular não são praticados pelos cuidadores regularmente, o que favorece o surgimento de lesões em articulações e dores musculares por esforço. As queixas de dores foram prevalentes e a mais citada foi a dor na coluna ou costas. Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos realizados.¹⁹⁻²⁰

Em consequência disso, o uso de medicamentos para alívio da dor, na maioria das vezes sem prescrição médica e de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos prescritos por médicos se tornou frequente, inclusive para induzir o sono, sendo que a dificuldade para dormir também pode ser consequência da dor. A insônia prejudica o raciocínio e a qualidade de vida, levando a um alto nível de estresse, o que foi evidenciado neste estudo. Entre os cuidadores que atingiram a sobrecarga intensa na avaliação, 95% relataram ter menos de 6 horas de sono e que a qualidade do sono era ruim.

CONCLUSÃO

Exercer a função de cuidador principal de familiar próximo internado no domicílio é tarefa árdua e desgastante, podendo interferir de forma importante na qualidade de vida da família.

Percebe-se que é necessário acompanhamento próximo do cuidador, por parte da equipe de saúde responsável pelo paciente, na forma de educação permanente e apoio psicológico, promovendo ações direcionadas à diminuição do estresse e em prol da qualidade de vida. A equipe de saúde deve conhecer a sobrecarga dos cuidadores para organizar as ações que se mostrarem pertinentes para cada caso.

O apoio que o cuidador recebe dos familiares e da equipe de saúde tem aspecto positivo tanto na diminuição do estresse físico, quanto do emocional. É importante também, que ele tenha uma agenda com horários livres para o seu autocuidado e a

equipe de saúde desempenhe um papel importante nesta orientação.

REFERÊNCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos municípios brasileiros [Internet]. 2004 [cited 2014 May 13]. Available from: www.ibge.gov.br.
2. Ballesteros RC, organizador. Gerontologia Social. Madrid; Ediciones Pirâmide; 2011.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Organização Pan- Americana da Saúde; 2012.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília; 2012. 2 v.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de instrução melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília; 2012, 31p.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Lei n. 10424/GM de 2002. Estabelece no âmbito do Sistema Único de Saúde o atendimento e a internação domiciliar, Brasília; 2002.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC n. 11 de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Brasília, 2006.
8. Turato ER. Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. 3rd ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
9. Taub A, Andreoli SB, Bertolucci PH. Sobrecarga de cuidador de pacientes com demência: confiabilidade da versão brasileira do inventário de sobrecarga de Zarit. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2014 May 13];20(2):372-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200004&script=sci_abstract&tlng=pt.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
11. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. Rev. Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2004 Oct/Dec [cited 2014 May 13];50(4):[about 5 p.]. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf
12. Inocenti A, Rodrigues IG, Miaso Al. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. Rev. Eletr. Enf [Internet]. 2009 [cited 2014 May 13]; 11(4):858-65. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a11.htm>
13. Brito MCC, Oliveira EN, Freitas CASL, Ferreira AGN, Silva MJ, Nogueira DL. Repercussões na vida do cuidador domiciliar do idoso: estudo de caso. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 May 13];7(esp):1030-5. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3152>
14. Lee S, Colditz GA, Berkman L, Kawachi I. Caregiving and the risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. Am J Prev Med [Internet]. 2003 [cited 2014 May 13];24(2):113-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12568816>
15. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. J Am Med Assoc [Internet]. 1999 [cited 2014 May 13];282(23):2215-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10605972>
16. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. Eur J Cancer [Internet]. 2003 [cited 2014 May 13];39:1517-24. Available from: http://europepmc.org/abstract/MED/12855257/reload=0;jsessionid=KdjGW41X2JCjX6TAUwo_r.4
17. Beuter M, Rossi JR, Neves ET, Brondani CM. A sobrecarga do familiar no cuidado domiciliar. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2014 May 13];3(2):687-93. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/181/pdf_918
18. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar de idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2004 May-Aug [cited 2014 May 13];6(2):[about 8 p.]. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf
19. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [cited 2014 May 13]; 17(2):266-72.

Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>

20. Souza CB, et al. O cuidado domiciliar de idosos com Acidente Vascular Cerebral: cuidadores familiares. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2009 Jan-Mar [cited 2014 May 13];17(1):41-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>

Submissão: 14/07/2013

Aceito: 14/12/2014

Publicado: 15/01/2015

Correspondência

Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

SHIS QI 28, Conjunto 07, Casa 04, Lago Sul

CEP 71670-270 – Brasília (DF), Brasil