

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

MARA MANOELA DOS SANTOS MATOS

**APGAR FAMILIAR DE IDOSOS EM HEMODIÁLISE**

São Luís

2018

**MARA MANOELA DOS SANTOS MATOS**

**APGAR FAMILIAR DE IDOSOS EM HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem

Orientador: Prof. Me. Rafael de Abreu Lima

São Luís

2018

## FICHA CATALOGADA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

MATOS, MARA MANOELA DOS.

APGAR FAMILIAR DE IDOSOS EM HEMODIÁLISE / MARA MANOELA  
DOS MATOS. - 2018.

72 p.

Orientador(a): RAFAEL DE ABREU LIMA.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2018.

1. APGAR. 2. DOENÇA RENAL CRÔNICA. 3. IDOSOS. I. DE  
ABREU LIMA, RAFAEL. II. Título.

MARA MANOELA DOS SANTOS MATOS

**APGAR FAMILIAR DE IDOSOS EM HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. Me. Rafael de Abreu Lima (Orientador)**  
**Mestre em Saúde Coletiva**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes**  
**Doutora em Saúde Coletiva**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha**  
**Doutora em Ciências Pedagógicas**  
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus, a minha família que sempre acreditou em mim, a Universidade Federal do Maranhão e o Departamento de Enfermagem pelos ensinamentos, a todos os Idosos que participaram e colaboraram para a realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Á Deus, por ter me proporcionado saúde para caminhar essa jornada, por ter concedido a família que tenho, por me guardar sempre, me consolar nos momentos de tristeza, por me dar forças para realizar todos os meus objetivos.

Aos meus pais Aldenora Maria dos Santos Matos e Manoel de Sousa Matos Filho, pelo amor, carinho, doação, dedicação, pelo grande exemplo de honestidade e humildade, em especial minha mãe pela luta incansável em tornar real os sonhos dos filhos de cursarem uma Universidade, um grande sonho de nos tornarmos alguém melhor, de alcançarmos lugares jamais imaginados por ela, oportunidades que ela jamais teve por todo um conjunto de limitações, mas que jamais, deixou esse sonho cessar em nós.

Ao meu irmão Ademir dos Santos Matos que mesmo sem ter tido as mesmas oportunidades que nós os mais novos, foi capaz de conquistar muito e é um exemplo de homem, profissional, filho e ser humano.

Ao meu irmão Dalmir dos Santos Matos pela companhia durante todos esses anos longe de casa, longe da nossa família, aquele que esteve comigo nos momentos de alegria e tristeza, de fartura e escassez, aquele que sonhou meus sonhos e permitiu que eu também sonhasse os seus, que muito me inspirou durante minha vida acadêmica.

Á minha irmã Regiane dos Santos Matos que mesmo distante, mesmo com suas limitações sempre me ajudou da melhor forma possível.

Ao meu noivo Tácio Giordano Santana Guimarães pelo companheirismo, por fazer parte da minha vida durante todos esses anos, pelas palavras confortantes, animadoras, me estimulando sempre a ser alguém melhor, a me tornar uma boa Enfermeira, a nunca desistir dos meus objetivos, que foi meu porto seguro, amigo e parceiro, foi minha família longe de casa.

Á Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade de ter ingressado no Curso e por proporcionar um ensino de excelência. Por ter conduzido minha vida acadêmica de maneira eficaz, sinto que vivi verdadeiramente a Universidade nesses 5 anos. Ela que era, é e sempre será um grande orgulho para mim.

Ao meu orientador Prof. Me. Rafael de Abreu Lima pela oportunidade de ser sua Orientanda, pelos ensinamentos e pelo aprendizado. Você é um exemplo como

Enfermeiro e Professor, sempre tratando todos a sua volta com empatia e humanidade, não tem como não se inspirar em você, você é quem eu quero ser como Enfermeira e Docente se Deus permitir, obrigada por tudo.

Ao HUUFMA por proporcionar a realização deste trabalho em suas dependências, em especial ao Setor de Nefrologia e os Enfermeiros (as) da Hemodiálise pela cordialidade e empatia durante minha coleta de dados.

Aos idosos que participaram desta pesquisa, que foram de grande importância para que a mesma pudesse acontecer e se concretizar, sem eles este trabalho não existiria.

À Atlética SPARTA, pelas emoções vividas, amizades construídas em prol de um orgulho e amor pelo Curso de Enfermagem. Associação Estudantil que eu tenho orgulho em ser fundadora junto com meus colegas de curso e que se tornou parte de mim, orgulho-me em dizer que ela é hoje uma das maiores ferramentas de interação estudantil e de relações humanas dentro do Curso de Enfermagem da Universidade federal do Maranhão, proporcionando bem-estar físico, mental e social para todo o Curso de Enfermagem.

Obrigada a todos!

“Só eu sei cada passo por mim dado nessa estrada esburacada que é a vida, passei coisas que até mesmo Deus duvida, fiquei triste, capiongo, aperreado, porém nunca me senti desmotivado, me agarrava sempre numa mão amiga, e de forças minha alma era munida pois do céu a voz de Deus dizia assim: - Suba o queixo, meta os pés, confie em mim, vá pra luta que eu cuido das feridas.”

(BRÁULIO BESSA)

## RESUMO

**Introdução:** O idoso com doença renal crônica apresenta profundas alterações no cotidiano, levando a unidade familiar a mudanças de papéis e de funções para o bem-estar e cuidado deste, desta forma, conhecer a dinâmica de funcionamento da família é parte essencial do cuidado ao idoso, nos diversos cenários de assistência profissional. **Objetivo:** Avaliar a função familiar de idosos em hemodiálise segundo o questionário APGAR familiar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo que ocorreu no período de dezembro de 2017 a março de 2018, com todos os idosos maiores de 60 anos que realizavam hemodiálise no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário. Para coleta de dados utilizou-se os instrumentos que continham dados sociodemográficos e o APGAR Familiar. **Resultados:** Caracterizou-se a predominância de idosos do sexo masculino (54,54%), com média de idade de 71 anos ( $\pm 9,1$ ) e faixa etária predominante de 60 a 72 anos (72,72%), que auto referiram de cor parda ou preta (54,54%), com mais de 4 anos de estudo (63,63%), aposentados (100%), procedentes da capital (45,45%), sem companheiro (a) 54,54%, com renda pessoal e familiar  $\leq 1$  salário mínimo, respectivamente, 90,90% e 63,63%. Os idosos apresentavam IMC de sobrepeso (54,54%) e perímetro da panturrilha esquerda eutrófico (45,45%), com níveis pressóricos (54,54%) e glicêmicos (90,90%) controlados, além de referirem dor leve ou ausente (72,72%), eventos de queda (81,81%) e polifarmácia (54,54%). No APGAR familiar os Idosos apresentavam uma boa funcionalidade familiar (81,81%). **Conclusão:** Os idosos que realizavam hemodiálise relataram boa funcionalidade familiar. Mesmo apresentando déficits sociais, as famílias foram capazes de fornecer uma assistência adequada ao idoso para uma melhor manutenção e continuidade do tratamento.

**Descritores:** APGAR, Idosos, Doença Renal Crônica.

## ABSTRACT

**Introduction:** The elderly with chronic kidney disease presents deep changes in daily life, leading the family unit to changes in roles and functions for the well-being and care of this. In this way, to know the dynamics of family functioning is an essential part of care the elderly, in the various professional assistance scenarios.

**Objective:** To evaluate the family function of elderly in dialytic treatment, according to the family APGAR questionnaire. **Methodology:** This is a cross-sectional and descriptive study that occurred in the period from December 2017 to March 2018, with all the elderly over 60 years old who performed hemodialysis at the Nephrology Service of a University Hospital. For data collection, was used instruments containing sociodemographic data and APGAR familiar. **Results:** Was characterized by the predominance of the elderly male (54.54%), with a mean age of 71 years ( $\pm 9.1$ ) and a predominant age range of 60 to 72 years (72.72%), who self-referred (54.54%), with more than 4 years of schooling (63.63%), retired (100%) from the capital city (45.45%), without a partner 54.54 %, with personal and family income  $\leq 1$  minimum wage, respectively, 90.90% and 63.63%. The elderly had a BMI of overweight (54.54%) and left eutrophic calf circumference (45.45%), with blood pressure (54.54%) and glycemic (90.90%) levels controlled, in addition to mild or absent (72.72%), fall events (81.81%) and polypharmacy (54.54%). In family APGAR, the elderly showed good family functioning (81.81%). **Conclusion:** Elderly patients undergoing hemodialysis reported good family functionality. Even presenting social deficits, families were able to provide adequate care to the elderly for better maintenance and continuity of treatment.

**Descriptors:** APGAR, Elderly, Chronic Kidney Disease.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica de idosos em tratamento dialítico de um hospital universitário. São Luís - MA, 2018.....	32
<b>Tabela 2.</b> Caracterização das condições clínicas de idosos em tratamento dialítico de um hospital universitário. São Luís - MA, 2018.....	33
<b>Tabela 3.</b> APGAR Familiar de idosos em tratamento dialítico de um hospital universitário. São Luís - MA, 2018.....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**UFMA** – Universidade Federal do Maranhão

**TCLE**– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**IMC**– Índice de Massa Corpórea

**PP** – Perímetro da Panturrilha

**IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio

**AVE** – Acidente Vascular Encefálico

**DM** – Diabetes Mellitus

**DCR** - Doença Renal Crônica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>17</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Doença Renal Crônica .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Vínculos Familiares.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 APGAR familiar.....</b>	<b>25</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Local e Período.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3 População do Estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4 Coletas de Dados e Instrumento de Pesquisa .....</b>	<b>28</b>
<b>4.5 Análise dos Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos .....</b>	<b>31</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>6 DISCUSSÕES.....</b>	<b>35</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>41</b>
REFERÊNCIAS .....	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO.....	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	
ANEXO A – APGAR FAMILIAR.....	
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	
ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO .....	

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, dentre as crescentes taxas de incidência de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), a Doença Renal Crônica (DRC) tem ganhado destaque emergindo como um sério problema de saúde pública podendo ser considerada uma epidemia com altos percentuais de morbimortalidade (SBN, 2013).

O número de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, no Brasil, vem crescendo nos últimos anos, sendo considerada a nova epidemia do século XXI. Assim, melhorar a qualidade de vida e a sobrevida do paciente idoso, bem como prevenir e diminuir as complicações da terapia de substituição da função renal têm sido preocupações constantes dos profissionais de saúde e para manutenção das relações familiares (FRAZÃO, 2013).

Para Teston, *et al.* (2013) a doença crônica acarreta alterações no cotidiano do idoso e da família, levando a unidade familiar a mudanças de papéis e de funções para o bem-estar e cuidado do membro adoentado.

O doente renal crônico passa por sérias mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na sua vida íntima que acarretam alterações na sua integridade física e emocional. A doença representa prejuízo corporal e limitações, pois, em geral, há afastamento do paciente de seu grupo social, de seu lazer e, até da própria família (RIBEIRO, 2013).

Durante a fase de tratamento, os portadores de insuficiência renal crônica podem ter a qualidade de vida alterada, pois há a ansiedade prévia e no momento do tratamento, a perda da autonomia, a dificuldade em lidar com uma doença irreversível e incurável, o problema em se deslocar diariamente ou semanalmente para hospitais, a queda dos níveis de vitalidade, a limitação para a realização das atividades da vida diária, falta de suporte por parte dos familiares e amigos, prejudicando assim, tanto a saúde física quanto a saúde mental do idoso (TERRA, 2010).

Historicamente a relevância da família na vida das pessoas é considerada como um elemento essencial para o bem-estar biopsicossocial, diretamente relacionada à qualidade de vida de seus membros (MORAES, 2012).

Silva, (2016), afirma que a rede de apoio social assume papel de destaque para o enfrentamento da DRC, interferindo inclusive na melhora da qualidade de vida.

São inegáveis as consequências da doença renal crônica e da hemodiálise na vida dos idosos, causando profundas e generalizadas mudanças no cotidiano. Diante dessa realidade, a família assume papel preponderante no cuidado e acompanhamento do cotidiano do paciente (CRUZ, 2016).

Segundo (MORIGUCHI, *et al.*, 2013), a constituição de família veio se modificando com o passar dos tempos, atualmente somam-se o modelo tradicional, com as famílias reconstituídas e as uniões estáveis reconhecidas como entidades familiares. Independente da forma de constituição de cada uma é obrigação e dever das mesmas fornecer o amparo ao Idoso de forma integral.

Assim, a família constitui um elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial dos seus membros e sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda da autonomia e independência do Idoso, reduzindo ou exacerbando suas incapacidades (MORAIS, 2010).

Para (RODRIGUEZ, *et al.*, 2010), conhecer a dinâmica de funcionamento do sistema familiar é parte essencial do cuidado ao idoso, nos diversos cenários de assistência profissional. Entender a funcionalidade familiar ou o modo como a família é capaz de cumprir e harmonizar suas funções essenciais, de maneira apropriada à identidade e às tendências de seus membros, atuando de forma realista em relação aos perigos e às oportunidades que prevalecem no meio social durante o cuidado contínuo como na Doença Renal Crônica e seu tratamento dialítico.

O APGAR de Família propõe a avaliação da funcionalidade familiar independentemente da fase do ciclo de vida dos seus membros, utilizado em família com idosos (SANTOS, 2012).

Nos Sistemas Familiares funcionais, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolvendo o problema instalado de forma adequada. Os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes. Sistemas familiares funcionais ou maduros constituem para os profissionais, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso (BRASIL, 2006).

Já os Sistemas Familiares disfuncionais são aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus

membros. Esses costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo não assumindo seus papéis dentro do sistema (BRASIL, 2006).

Conhecer a funcionalidade de famílias com idosos a partir da percepção do próprio idoso é conduta relevante, pois permite identificar o valor que esse indivíduo atribui à sua fonte de suporte psicossocial mais elementar, possibilitando avaliar em que medida a família é capaz de atender, satisfatoriamente, às suas demandas de cuidado (GARDNER; NUTTING; KELLEHER, *et al.*, 2001).

Muito já se sabe sobre DRC e seu tratamento, entretanto quando falamos de idosos em hemodiálise e suporte familiar/funções dos membros familiares se torna estigmatizante, pois, são idosos dependentes de uma máquina para sobreviver e isso pode afetar relações afetivas e familiares. Ainda assim, na realidade ludovicense é necessário conhecer as mudanças no binômio idoso-família e como se processa a dinâmica com o curso do tratamento.

O referido trabalho e seus resultados tornar-se-ão um achado de extrema importância para o suporte e melhoria da assistência à saúde do idoso de um modo específico, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar e/ou sanar as possíveis alterações familiares, juntamente com a equipe multiprofissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a Função Familiar de Idosos em tratamento dialítico segundo o questionário APGAR familiar;

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os Idosos segundo dados sociodemográficos, hábitos de vida e clínicos;
- Identificar o APGAR familiar dos Idosos que realizam hemodiálise em Unidade Renal.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Doença Renal Crônica**

A Doença Renal Crônica (DRC) é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. (BRASIL, 2014).

A doença renal crônica (DRC) é considerada um grande problema de saúde pública em todo o mundo, causando grande impacto negativo na expectativa e qualidade de vida de seus portadores e demandando parte significativa dos recursos alocados para a saúde (CRESTANI, 2013).

Estima-se que 10,0% da população mundial seja acometida pela DRC (SESSO, 2016). Nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos da Europa e Ásia tem sido relatado um aumento anual constante na taxa de prevalência de DRC, embora desde meados da década de 2000 a taxa de incidência de pacientes em terapia renal substitutiva tenha apresentado tendência à estabilização ou crescimento discreto (URSDS, 2015)

Nos EUA, por exemplo, a taxa de prevalência aumentou ao redor de 3% ao ano entre 2008-2013. A taxa global estimada de incidência de doença renal crônica em tratamento dialítico no Brasil é similar à observada em muitos países da Europa, embora ainda bastante inferior à dos Estados Unidos (363/pmp) e do Japão (286/pmp) (URSDS, 2015).

No Brasil, a incidência de novos pacientes cresce cerca de 6,0% ao ano, estimando-se que 10 milhões de pessoas estejam em algum estágio da DRC, constituindo um cenário preocupante (SESSO, 2016).

O Brasil é um país de destaque no cenário nefrológico global, com uma das maiores populações em programa de diálise ambulatorial crônica no mundo e um dos maiores em número bruto de transplantes renais por ano (GASSMANN 2005; KASISKE, 2013)

Segundo o Censo de 2011 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, ocorreu um crescimento da população em diálise ao longo dos anos, com tendência à

estabilização. Pôde-se observar o crescimento no número de pacientes inseridos nos programas, que praticamente dobrou.

Em 2000 foram 42.695 pacientes e 11 anos depois este número alcançou 91.314 pessoas em tratamento dialítico. Destes, 90,6% fazem tratamento por hemodiálise e 9,4% por diálise peritoneal (SESSO, *et al.*, 2012).

O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2016 no Brasil foi de 39.714, correspondendo a uma taxa de incidência de 193 pacientes pmp. A taxa de incidência estimada em 2016 foi de 193 pacientes pmp. 48% dos pacientes novos iniciaram tratamento na região Sudeste, 19%, na região Nordeste, 17%, na região Sul, 10%, na região Centro-Oeste e 5%, na região Norte. O número total estimado de pacientes no país em 1 de julho de 2016 foi de 122.825. Este número representa um aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos 5 anos (91.314 em 2011).

Além disso, houve um aumento anual médio no número de pacientes de 6,3% nos últimos 5 anos. Metade desses pacientes encontrava-se na região Sudeste. No relatório desse ano apresentamos estimativas de prevalência por estado e pudemos verificar contrastes como taxas entre 730-789 pacientes/pmp nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Distrito Federal; e entre 83-307 pacientes/pmp nos estados do Acre, Maranhão e Paraíba (SESSO, *et al.*, 2017).

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais exócrinas (filtração, reabsorção e secreção de substâncias na urina) e endócrinas (redução na produção de eritropoietina e 1,25-diidroxicolecalciferol) (SANTOS, *et al.*, 2013).

Nesta condição, o volume e a composição de solutos não podem ser regulados pelos rins, fazendo com que os pacientes desenvolvam edema, acidose metabólica e hipercalemia (ABBAS, *et al.*, 2010).

A doença renal terminal (DRT) é um importante problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência e aos altos custos para manutenção dos pacientes nas formas de terapias renais substitutivas (TRS) existentes (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal) (ANAND, 2013).

Esta situação é agravada nos países em desenvolvimento, devido à coexistência de recursos escassos para investimentos em saúde, condições sanitárias precárias, transição demográfica recente (com progressivo envelhecimento populacional e aumento na incidência de doenças crônicas não

transmissíveis) e alta prevalência de doenças infecciosas contagiosas (GONZALEZ-BEDAT, 2013).

O envelhecimento da população e o aumento do número de portadores de hipertensão e diabetes mellitus resultam em mais indivíduos atingidos pela doença, uma vez que estas são as principais morbidades associadas ao desenvolvimento da disfunção renal (ABBAS, *et al.*, 2010).

O tratamento consiste em todas as medidas clínicas (medicamentos, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a progressão da lesão renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à doença renal crônica. Entre essas estratégias destacam-se: controle adequado da pressão arterial; controle da glicemia; interrupção do tabagismo; tratamento da dislipidemia; dieta adequada; uso de medicamentos que diminuam a perda de proteína pelos rins; preparo do paciente para terapia de diálise ou transplante, quando necessário. Conforme a evolução da doença, o paciente receberá as outras formas terapêuticas. Quando a taxa de filtração glomerular cai abaixo de 10-15ml/min/1,73m<sup>2</sup> é necessária uma terapia renal substitutiva. As modalidades de diálise peritoneal e hemodiálise têm eficácia semelhante no paciente com doença renal crônica (PECOITS; RIBEIRO, 2016).

Segundo dados do CBD de 2013, a principal forma de TRS é a hemodiálise, responsável pelo tratamento de mais de 90% dos pacientes portadores de DRT. Esta forma de tratamento é realizada em hospitais, entidades filantrópicas e em clínicas privadas conveniadas ao SUS, presentes em todos os Estados ao longo do território nacional. Mais de cem mil pacientes encontram-se regularmente em programa de diálise crônica, e cerca de 90% de todos os pacientes têm seu tratamento custeado pelo SUS (SESSO, 2014).

A hemodiálise é um processo mecânico e extracorpóreo que promove a filtração sanguínea por meio de um capilar, o qual é responsável por retirar os produtos de degradação do metabolismo e os líquidos em excesso. Este procedimento é realizado geralmente em três sessões por semana com duração de quatro horas cada. Os pacientes que realizam esse tratamento devem ingerir medicamentos e seguir dietas, restringindo a quantidade de líquido ingerido (LOPES, *et al.*, 2014).

O método consiste na circulação extracorpórea em tubos ou compartimentos feitos por uma membrana semipermeável, sendo

constantemente banhados por uma solução eletrolítica – solução de diálise ou banho, onde os condutores de energia se transformam ao serem colocados na água. Durante o tratamento, o sangue flui, por tubos, para o dialisador; este filtra os resíduos e o excesso de líquidos; a seguir, o sangue flui por meio de outro tubo e volta para o organismo do paciente (TERRA, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2014) o período para a realização do método da hemodiálise varia de acordo com o estado clínico do paciente, mas que em se tratando do geral é de 4 horas, de três a quatro vezes por semana.

Os pacientes que realizam a hemodiálise ficam dependentes da máquina 12 horas por semana e destinam um longo tempo a esse tratamento que prolonga a vida, mas não controla totalmente as alterações do curso natural da doença, produzindo resultados inconstantes e limitações no cotidiano, cujas consequências, comprometem os aspectos físico e psicológico e a qualidade de vida (PATAT, *et al.*, 2014).

Já a Diálise peritoneal é um procedimento que consiste na infusão, retenção e drenagem para o interior do abdome, de uma solução balanceada e aquecida à temperatura próxima à do corpo. Nesse procedimento, o peritônio, uma membrana fina de revestimento de órgãos abdominais e da parede abdominal, é utilizado como membrana de troca por possuir muitos vasos capilares e linfáticos (TAVARES; LISBOA, 2015).

É uma terapia renal substitutiva na qual o sangue deverá ser depurado, acarretando a transferência de solutos e líquidos através da membrana denominada peritônio. Os capilares presentes nessa região, estão em contato com a solução dialítica que é composta por substâncias como glicose, sódio, cálcio, magnésio, cloreto e lactato, a osmolaridade varia entre 347 e 486 mOsm/l e o pH mantêm-se em torno de 7,35 (MARTINS, 2017).

Os clientes em tratamento com a diálise peritoneal são selecionados e capacitados pela equipe de enfermagem para efetuar as trocas das bolsas em seus domicílios. Essa seleção inclui a avaliação dos aspectos fisiopatológicos, sociais e emocionais, que deverão ser analisados, criteriosamente, a fim de que a entrada no programa de DPAC ocorra de forma efetiva (TAVARES; LISBOA, 2015).

O Transplante Renal é indicado quando a DCR já atinge o estágio terminal, estando o paciente em diálise ou em fase pré-dialítica (SBN, 2014).

O Transplante renal consiste na substituição de maneira cirúrgica de um rim em bom funcionamento, com a finalidade de substituir o rim que não possui o seu funcionamento sadio ou normal (CASTRO, 2010).

Atualmente existe a Lei nº 9.443/97 que regulamenta o transplante no Brasil e nº 10.211/01 que define critérios para o transplante renal.

### **3.2 Vínculos Familiares**

O termo família pode ser definido por duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como família (BOMAR, 2004).

A família é a principal fonte de suporte e apoio à qual seus membros recorrem quando necessitam. Espera-se que a família atue como um fator de proteção para seus membros mais frágeis, como crianças e idosos, e que atue de modo a suprir suas necessidades (LEITE, 2008).

A família é um sistema de estrutura variável em que seus membros interagem, crescem e se desenvolvem ao longo da vida; sempre sujeitos a fatores externos que influenciam sua composição e interações de forma positiva ou negativa, portanto, a funcionalidade familiar é a capacidade de enfrentar e superar cada um dos estágios do ciclo de vida e as crises pelas quais passa. Dentro do estudo da família, seu funcionamento ganhou grande importância ao demonstrar em vários estudos a influência na saúde de seus membros (GARZA, *et al.*, 2015).

A família constitui um sistema complexo e dinâmico, sendo influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia; onde as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença de seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa da família diante desse processo (MATTOS, 2009).

Porém, mesmo sendo considerada a principal unidade de cuidado do sujeito em situação de adoecimento, a família pode encontrar dificuldades e hesitar diante de fatores estressores referentes ao cuidado em doenças crônicas. Diante disso, a doença crônica pode atuar como uma força que impulsiona os membros familiares a se concentrarem de forma intensiva no cuidado com a pessoa doente e reformularem aspectos biopsicossociais da vida familiar (FRAGUAS, 2008).

Cada família possui características específicas que as torna única em sua maneira de ser e, devido a isso, apresenta comportamentos distintos em relação à

necessidade de adaptação nos casos em que um de seus membros torna-se doente crônico. Com o tempo, há uma reestruturação dessa família e a pessoa responsável pelo cuidado exclusivo irá aparecer automaticamente, havendo para isso mudanças na dinâmica familiar e uma possível troca de papéis e funções, com o intuito de ajudar o indivíduo no processo de adoecer (CANHESTRO, 2005).

A progressão das doenças crônicas ocasiona amplas repercussões na vida das pessoas afetadas, especialmente as idosas. Isto porque muitas vezes elas são múltiplas e quando não adequadamente acompanhadas, podem ocasionar dificuldades na realização das atividades de vida diária e nas relações sociais (TORRES, 2009).

A doença crônica pode atuar como uma força que impulsiona os membros familiares a se concentrarem de forma intensiva no cuidado com a pessoa doente e reformularem aspectos biopsicossociais da vida familiar (FRAGUAS, 2008).

A avaliação da funcionalidade familiar tem características específicas de medicina familiar que diferenciam a partir do qual podem ser realizadas por outras disciplinas, já que tem o propósito fundamental para compreender de forma abrangente o contexto em que a patologia é produzido por permitindo reorientar seu tratamento de diferentes soluções àqueles tradicionalmente oferecidos, contribuindo com elementos para a visão biopsicossocial que caracteriza o cuidado da medicina de família (PUELLO, 2015).

A família representa a unidade central para atenção à saúde e desempenha papel muito importante no cuidado, já que é responsável por seus integrantes. Tem grande relevância no cuidado da pessoa com depressão, em especial, os idosos. Necessita reorganizar-se para enfrentar esta situação que sempre é complexa por envolver dedicação diária, escuta, observação e até mesmo suporte econômico. Observam-se ainda que os sentimentos do idoso deprimido podem se estender aos familiares, causando certa comorbidade familiar (BRASIL, 2006).

As famílias passaram por profundas transformações nas últimas décadas e como consequência tornaram-se menores e com um maior número de idosos em sua composição. Os membros mais velhos e frágeis estão vivendo por mais tempo, o que significa uma convivência familiar intergeracional mais prolongada (SOUZA, 2007).

Para Pavarini (2009), embora a estrutura familiar mais frequentemente encontrada para idosos morando na comunidade seja a família multigeracional, não

há certeza de que as famílias estejam aptas para assumir o papel de cuidadora do idoso.

A avaliação da funcionalidade familiar, enquanto um recurso terapêutico, é uma ferramenta importante no auxílio às equipes assistenciais (FREITAS, 2006).

Uma adequada funcionalidade familiar sugere que essa família esteja apta a absorver e lidar com situações de crise. Esse tipo de avaliação pode auxiliar os profissionais da área de saúde a planejarem suas intervenções (SMILKSTEINS, 1978).

O entendimento da funcionalidade de famílias com idosos é componente essencial para o sucesso do planejamento de intervenções em saúde, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde, o que reforça a relevância da utilização do instrumento APGAR de Família na prática clínica gerontológica como ferramenta facilitadora do cuidado (BRASIL, 2007).

As famílias são consideradas funcionais quando respondem com estabilidade emocional aos conflitos e às situações críticas e seus membros são capazes de conviver em harmonia, mantendo-se independentes, porém comprometidos uns com os outros. Regidas por laços de carinho e responsabilidade, tais famílias são flexíveis, mas firmes, e suas relações são baseadas em respeito, conhecimento e compreensão. Essas famílias desempenham papel fundamental no cuidado ao idoso (AINPA, 2011).

A família é a principal fonte de suporte e apoio a qual seus membros recorrem para resolução de problemas, especialmente quando estes estão associados à saúde ou a falta dela (MATTOS, 2011).

Nos casos de ausência de saúde somada às limitações decorrentes da velhice, a família é ainda mais necessária, estando envolvida em diferentes atividades, desde a simples até as mais complexas. São exemplos de atividades a preparação da refeição, a realização de cuidados diretos, o proporcionar atividades de lazer; a administração de medicamentos de uso contínuo e o acompanhar em consultas para avaliação do estado de saúde (SARAIVA, 2007).

As famílias assumem parcela significativa de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros. Nos casos de uma condição crônica, sua participação é fundamental, visando o controle da doença, manutenção da saúde e a prevenção das possíveis complicações associadas a ela (DUARTE, 2001).

Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida do doente, de maneira adequada às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vivem (PARAVINI, 2011).

### **3.3 APGAR familiar**

É uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 (SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982).

É um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Para avaliar a funcionalidade familiar, Smilkstein (1978) desenvolveu o instrumento APGAR de Família, cuja denominação representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios: *adaptation* (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *affection* (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e *resolve* (capacidade resolutiva), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar.

O APGAR de Família propõe a avaliação da funcionalidade familiar independentemente da fase do ciclo de vida dos seus membros. A literatura revela que vem sendo utilizado com famílias de crianças, adolescentes e idosos (DUARTE, 2001; TORRES, 2009; SANTOS, 2011).

O modo como estas relações e adaptações acontecem, determina a classificação do sistema familiar em funcional ou disfuncional. O sistema familiar funcional é aquele no qual o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas visando estabilidade emocional, buscando soluções por meio de recursos próprios e de forma adequada. Os membros da família têm capacidade de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes (BRASIL, 2006)

Já os sistemas familiares disfuncionais são aqueles nos quais não existe um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros, priorizando os interesses particulares em detrimento do grupo, não assumindo seus papéis dentro do sistema (BRASIL, 2006).

No Brasil, vem sendo empregado na prática clínica em saúde pública, especialmente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, uma vez que é apontado como ferramenta facilitadora da observação e análise das unidades familiares, principal foco de intervenção desse modelo de Atenção Primária à Saúde. A administração do instrumento possibilita a detecção de disfunções no sistema familiar, viabilizando a fundamentação de intervenções voltadas a reestabelecer o equilíbrio das relações existentes nesse sistema (BRASIL, 2007).

O APGAR de Família é preconizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação da funcionalidade de famílias com idosos, integrando o Caderno de Atenção Básica número 19 "Envelhecimento e saúde da pessoa idosa", no qual se recomenda seu emprego em entrevistas junto aos familiares de idosos. O instrumento teve sua tradução, adaptação transcultural e análise psicométrica realizada junto a idosos de município do sudeste do Brasil (DUARTE, 2001).

Conforme recomendação para a prática assistencial gerontológica, é comum que os estudos científicos, no Brasil, abordem a avaliação da funcionalidade de famílias com idosos administrando o APGAR de Família (SANTOS, 2012).

Paiva, (2011) através da utilização do instrumento APGAR verificou que muitas famílias com idosos apresentaram boa funcionalidade, sem dificuldades de relacionamento com os demais membros da família, tendo a mulher papel primordial no cuidado. Onde esses dados tornam-se essenciais para o planejamento assistencial à pessoa idosa.

Silva (2014) afirma que o APGAR de Família, quando administrado a idosos do Nordeste brasileiro, é um instrumento adequado para a avaliação da funcionalidade familiar, reunindo requisitos satisfatórios de consistência interna e validade de critério, que lhes conferem a característica de ser um instrumento de triagem apropriado para esta estimativa.

À exceção de três estudos desenvolvidos em municípios do Ceará, Bahia e São Paulo, são desconhecidas outras investigações, no contexto brasileiro, que se propuseram avaliar a funcionalidade de famílias em relação aos idosos

administrando o instrumento aos próprios idosos (DUARTE, 2001; TORRES, 2009; PAIVA, 2011).

Conhecer a funcionalidade de famílias com idosos a partir da percepção do próprio idoso é conduta relevante, pois permite identificar o valor que esse indivíduo atribui à sua fonte de suporte psicossocial mais elementar, possibilitando avaliar em que medida a família é capaz de atender, satisfatoriamente, às suas demandas de cuidado (BRASIL, 2007).

Santos (2011), Afirma que o APGAR de Família demonstra ser um instrumento útil na avaliação da funcionalidade familiar de idosos pobres com alterações cognitivas, podendo ser usado para uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde e, especialmente, do enfermeiro, por trabalhar diretamente com famílias, de modo a direcionar as intervenções à realidade do idoso pobre e que o conhecimento da funcionalidade familiar é importante para o desenvolvimento de estratégias de assistência domiciliária mais efetiva, capaz de assistir às demandas crescentes dos idosos e de suas famílias, buscando o equilíbrio familiar, visto que o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa, que deriva de um projeto maior intitulado, **CUIDADO À PESSOA IDOSA: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar.**

### **4.2 Local do Estudo**

A pesquisa ocorreu no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA).

O HUUFMA que é um órgão da Administração Pública Federal que tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. A Unidade Presidente Dutra localiza-se na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luis/MA e são oferecidos os serviços assistenciais e de alta e médica complexidade em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumatologia-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva-TRS e outros.

### **4.3 População do Estudo**

A população em estudo abrangeu todos os Idosos que realizavam hemodiálise no Serviço de Nefrologia, que tinham idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no Serviço, independente do diagnóstico médico e tipo de tratamento dialítico.

### **4.4 Coleta de Dados e Instrumentos para Pesquisa**

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a março de 2018, com usuários idosos que utilizavam o Serviço de Hemodiálise do Hospital Universitário da UFMA, que consentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma escrita ou impressão datiloscópica, após leitura e esclarecimento de dúvidas (Apêndice A).

Os dados coletados com os usuários idosos ocorreram na poltrona do usuário, durante ou após as sessões de hemodiálise, sem a presença do familiar/cuidador, para minimizar possíveis vieses nas respostas dos sujeitos. Foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento para coleta foi de dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo,

profissão/ocupação, procedência, estado civil, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive), hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), dados clínicos (Índice de Massa Corporal, Perímetro da Panturrilha Esquerda, níveis glicêmicos, níveis pressóricos, dor, eventos de queda, uso de medicamentos no domicílio e quantidade) (Apêndice B).

Com relação ao estilo de vida, foram considerados tabagistas todos os idosos que fumam ou pararam de fumar e etilista aquele que no período da entrevista referiram fazer uso de bebida alcoólica, independente de quantidade e frequência. O nível de atividade física foi estabelecido em sedentário (qualquer sujeito da pesquisa que não realize atividade física ou realizou de forma esporádica = 1x/semana, com tempo inferior a 30 minutos) e ativo (qualquer sujeito da pesquisa que realizou atividade física duas ou mais vezes por semana, com tempo maior ou igual a 30 minutos).

Os dados antropométricos (peso e estatura) foram coletados a partir dos dados registrados em prontuário e nos participantes da pesquisa que não haviam o registro, foram convidados a aferir o peso atual (em quilogramas), altura (em centímetros) e circunferência da panturrilha esquerda. O peso corporal fora coletado por balança eletrônica do tipo plataforma com capacidade para 150 kg e graduação em 100g (CAUMAQ® EB 1003). Para a estatura o estadiômetro (SECA), com escala em milímetros, fixado na balança. O IMC foi calculado por meio da divisão entre o peso e a altura ao quadrado de cada indivíduo. Os valores do IMC foram categorizados por meio do estado nutricional para idosos, conforme a Brasil (2006), tendo como critérios os seguintes pontos de corte para idosos (baixo peso:  $\leq 22 \text{ kg/m}^2$ , adequado/eutrófico: entre 22 e  $27 \text{ kg/m}^2$  e sobrepeso:  $> 27 \text{ kg/m}^2$ ).

O Perímetro da Panturrilha Esquerda foi realizado na perna esquerda, com uma fita métrica inelástica, na sua parte mais protuberante (NAJAS, 2005). Foi considerada adequada a circunferência igual ou superior a 31 cm para homens e para mulheres (YAMATTO, 2007).

Com relação aos dados clínicos, a medida da pressão arterial no membro superior esquerdo foi determinada com uso de esfigmomanômetro manual ou digital (Omron®), por método indireto com o paciente em repouso na posição sentada ou deitada, conforme necessidade e situação clínica do idoso e a classificação fora conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016).

Para melhor análise, os níveis pressóricos foram categorizados em controlado (PAS  $\leq$  120 mmHg e PAD  $\leq$  80 mmHg) e alterado (PAS  $\geq$  121 mmHg e PAD  $\geq$  81 mmHg). O nível glicêmico casual foi verificado nos registros em prontuário e no dos que não constavam esse dado nos registros, foi aferido com glicosímetro (ACCU-CHEK ACTIVE®), que faz a determinação da glicose no sangue capilar fresco pela fotometria de refletância. Esse aparelho é capaz de detectar glicemias capilares situadas entre 10 mg/dl e 600 mg/dl. E a classificação foi conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016). Para melhor análise, os níveis glicêmicos foram categorizados em controlado ( $<$  200 mg/dl) e alterado ( $\geq$  200 mg/dl).

O segundo instrumento foi o APGAR de Família (Anexo A). O acrônimo APGAR é proveniente da língua inglesa e procura responder a estes aspectos: 1) ADAPTATION (Adaptação): como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida; 2) PARTNERSHIP (Companheirismo): como as decisões são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar na resolução de problemas; 3) GROWTH (Desenvolvimento): como a promoção do crescimento é compartilhada e qual o nível de satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar; 4) AFFECTION (Afetividade): como são as interações emocionais entre os membros da família e a relação de intimidade num contexto familiar; 5) RESOLVE (Capacidade resolutiva): como o tempo é compartilhado e qual a satisfação do membro familiar com esse compartilhamento (BRASIL, 2007). Os gradientes de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0), com uma pontuação final entre 0 e 10, indicando o intervalo de 0 a 4 como elevada disfunção familiar; 5 a 6 como moderada disfunção familiar; 7 a 10 como boa funcionalidade familiar (BRASIL, 2012).

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL®. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (média  $\pm$  DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados foram analisados no programa STATA 1 2.0®.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Todas as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas e atendidas. O projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA obtendo a aprovação sob Parecer Consubstanciado Nº 2.306.474. Os participantes foram orientados sobre a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 11 Idosos em tratamento dialítico no Serviço de Nefrologia do HUUFMA, ocorrendo 3 perdas, sendo, 2 por recusa em participar da pesquisa e 1 idoso que tinha recomendação para transplante renal. Ainda, ressaltamos, que a taxa de ocupação no serviço era de 100% em todos os dias e turnos de tratamento, com apenas um leito disponível para situações emergenciais na Unidade de Saúde. Evidenciando a superlotação na unidade.

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	6	54,5
Feminino	5	45,5
<b>Faixa etária</b>		
60 – 74	8	72,7
≥ 75	3	27,3
<b>Cor</b>		
Branco	5	45,5
Não Branco	6	54,5
<b>Tempo de estudo</b>		
≤ 4 anos	7	63,6
≥ 5	4	36,4
<b>Ocupação</b>		
Aposentado (a)	11	100
<b>Procedência</b>		
Capital	5	45,4
Interior	4	36,4
Outro estado	2	18,2
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro (a)	5	45,5
Sem companheiro (a)	6	54,5
<b>Renda Pessoal</b>		
≤1 salário mínimo	10	90,9
2 – 4salários mínimos	1	9,1
<b>Renda Familiar</b>		
≤1 salário mínimo	7	63,6
2 – 4 salário mínimo	4	36,4
<b>Convívio</b>		
< 2 pessoas	2	18,2
2 – 4 pessoas	4	36,4
≥5 pessoas	5	45,4

A tabela 1 mostra que houve uma predominância do sexo masculino (54,5%), com média de idade de 71 anos ( $\pm 9,1$ ), com faixa etária predominante de 60 a 74 anos (72,7%), não brancos (pardos e pretos) com (54,5%), tempo de estudo  $\leq 4$  anos (63,6%), aposentados (100%), procedentes da capital (45,5%) seguidos de (36,4%) do interior, estado civil (54,5%) não possuíam companheiro (a), renda pessoal  $\leq 1$  salário mínimo (90,9%), renda familiar  $\geq 1$  salário mínimo (63,6%) e o convívio com  $\geq 5$  pessoas (45,4%).

**Tabela 2. Caracterização das condições clínicas de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IMC</b>		
Desnutrido	1	9,1
Eutrófico	4	36,4
Sobrepeso	6	54,5
<b>Circunferência da panturrilha</b>		
Eutrófico	5	45,4
Pré-sarcopênico	4	36,4
Sarcopênico	2	18,2
<b>Níveis pressóricos</b>		
Controlado	6	54,5
Alterado	5	45,5
<b>Níveis Glicêmicos</b>		
Controlado	10	90,9
Alterado	1	9,1
<b>Dor</b>		
Leve ou ausente	8	72,7
Moderada	3	27,3
Dor incapacitante	0	0
<b>Quedas</b>		
Caíram	9	81,8
Não caíram	2	18,2
<b>Polifarmácia</b>		
Sim	6	54,5
Não	5	45,5

No que diz respeito às condições clínicas mostradas na tabela 2, O IMC predominante foi sobrepeso (54,5%) precedido do eutrófico (36,4%), na aferição do perímetro da panturrilha esquerda (45,4%) eram eutróficos e pré-sarcopênicos (36,4%). Apresentavam níveis pressóricos e glicêmicos controlados, respectivamente, 54,5% e 90,9%. Na avaliação da dor evidenciou-se que 72,7%

apresentava dor leve ou ausente, além de referirem eventos de queda (81,8%) e polifarmácia (54,5%).

No que concerne ao estilo de vida dos idosos que realizam hemodiálise, registramos que nenhum deles apresenta hábitos tabagistas e etilistas, além de declararem-se sedentários.

**Tabela 3. APGAR Familiar de idosos em tratamento dialítico de um hospital universitário. São Luís - MA, 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>APGAR familiar</b>		
Boa Funcionalidade	9	81,8
Moderadamente Disfuncional	2	18,2
Severamente Disfuncional	0	0

Na tabela 3 o APGAR familiar apresentado pelos Idosos e seu nível de funcionalidade familiar foi a boa funcional com (81,8%), precedido de moderadamente disfuncional (18,2%).

## 6 DISCUSSÃO

Identificou-se neste estudo, em relação ao perfil sociodemográfico, uma predominância do sexo masculino, com faixa etária entre 65 a 74 anos, não brancos, com tempo de estudo  $\leq 4$  anos, aposentados, provenientes da capital, solteiros, com renda pessoal inferior ou igual a 1 salário mínimo e familiar  $\geq 1$  salário mínimo e em sua maioria afirmaram que conviviam com 5 ou mais pessoas. Este estudo apresentou resultados semelhantes realizados por Paiva (2011), Freitas (2013), Silva (2014), Teston (2017).

Quanto a variável sexo, obtivemos uma predominância de homens. Resultado homólogo foi encontrado por Santos, *et al.* (2010), Freitas, (2013) com 57,3% e 61,9% do sexo masculino, respectivamente. Identificou-se um aumento da clientela masculina no decorrer de três anos, mostrando que este gênero pode ser mais susceptível ao acometimento da patologia do que o sexo feminino, uma vez que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres (SBN, 2013).

Para Levin, (2008), há tanto uma presença maior da piora da função renal quanto do aumento da velocidade de deterioração do rim em homens quando comparado com mulheres da mesma idade.

No entanto, em outros estudos houve uma predominância do sexo feminino (TESTON, 2017; SILVA, 2014). A predominância do sexo feminino, achado comum em diversos estudos pode ser atribuída a maior procura das mulheres á assistências sistemática de saúde. E porque provavelmente as mulheres apresentam prevalência de HA a partir de 60 anos e maior esperança de vida ao nascer (76,5) anos quando comparada aos homens (FRANÇA, *et al.*, 2010).

A idade média foi de 71 anos, com faixa etária predominante entre 60 a 74 anos (72,72%), corroborando com Santos (2012), Santos (2011), Mendonça (2015) onde 54,3% pertenciam a faixa etária entre 60 a 70 anos, com média de 70,2 anos. O número de pessoas idosas no país vem crescendo a cada ano e, conseqüentemente, há aumento do volume de paciente que evoluem para DRC e que necessita, de terapias renais substitutivas para sobreviver (BASTOS, 2014; TAVARES, 2014). Dados estes confirmados pela Sociedade Brasileira de nefrologia em 2011, entre pacientes em hemodiálise com idade igual ou superior a 65 anos (SBN, 2013).

Quanto a cor, 54,5% declararam-se não brancos, sendo este, distinto quando comparado com o contexto nacional, visto que há uma predominância da doença em indivíduos de cor branca (BIAVO, *et al.*, 2012; PINHO, *et al.*, 2014). No entanto, quando observado separadamente as regiões brasileiras, encontra-se nas regiões norte e nordeste o predomínio da raça Parda devido a maioria da população destas regiões serem de etnia negra (BIAVO, *et al.*, 2012).

Foi identificado que 63,6% dos idosos estudaram quatro anos ou mais, corroborando com Mendonça (2015) onde 81,5% possuíam apenas ensino fundamental completo ou incompleto. A baixa escolaridade desses pacientes torna a compreensão a respeito da sua doença difícil, acarretando uma pouca adesão ao tratamento (FRAZÃO, *et al.*, 2011). O nível educacional reduzido dos indivíduos pode afetar negativamente os aspectos da saúde, econômicos e culturais, visto que conhecimento, informação, saber ler e escrever são fatores primordiais de inclusão social e melhoria na qualidade de vida (JENKINS, 2007).

Na variável ocupação, todos idosos eram aposentados, corroborando com estudos de Teston (2017), Silva (2014) onde 76,1% e 64,0% eram aposentados, respectivamente. A principal fonte de rendimento dos idosos é a aposentadoria de, aproximadamente, um salário mínimo e com rendimento familiar também, em sua maioria, de um salário mínimo. Assim, esse rendimento através das aposentadorias e pensões, juntamente com o fato do idoso possuir casa própria, tem proporcionado a ele maior responsabilidade no suporte familiar, fazendo com que muitos filhos e netos se tornem dependentes financeiramente dos idosos (BRITO, 2014).

A renda pessoal predominante maior ou igual a 1 salário mínimo em 90,9% dos idosos. Resultado equivalente foi encontrado, onde 53,9% recebiam até um salário mínimo (SANTOS, 2017). Rendas inferiores podem limitar o acesso aos cuidados alimentares e sociais, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida das pessoas (MARCON, 2004). Especialmente quando se trata de doentes crônicos e/ou idosos, dada à necessidade de gastos com medicamentos e serviços de saúde (CARREIRA, 2006). Devido à baixa renda, outras dificuldades acabam sendo associadas, tais como a dificuldade no acesso ao serviço de saúde, à nutrição adequada, ao transporte, ao tratamento farmacológico e dialítico, favorecendo uma sobrevida indigna (FRAZÃO, *et al.*, 2011).

No que diz respeito a procedência, 45,4% eram da capital, seguido de 36,4% oriundos do interior do estado. Coincidindo com o estudo de Santos (2010), onde

71,8% eram provenientes da capital João Pessoa- PB, acompanhado de 22,3% provenientes do interior do estado. Assim como na pesquisa de Santos, (2015) os quais 55,5% dos pacientes residiam na capital Teresina e 35,9% procedentes do interior do Piauí.

Quanto ao estado civil, 54,5% não possuíam companheiro. Houve resultados distintos nos estudos de Areosa (2012), Victor (2009) onde a predominância eram de idosos casados. Os estudos com idosos tendem a mostrar a predominância de dois tipos de estado conjugal: casado/união estável ou viúvo. Onde encontramos resultados semelhantes em estudos de (OLIVEIRA, *et al.*, 2016). Nesta pesquisa, a maioria dos idosos afirmaram ter filhos, o que confirma a lógica de que idosos viúvos ou casados costumam ter prole e que o fato de ter filhos, talvez represente o grande seguro social desses idosos, tendo em vista que, recai sobre os familiares mais jovens a tarefa do cuidar na velhice, já que a legislação brasileira, seja no Estatuto do Idoso ou na Política Nacional do Idoso, delega à família a responsabilidade do cuidado.

Em relação ao convívio do idoso, 45,4% dos idosos viviam com 5 ou mais pessoas na mesma residência. Segundo Terra (2007), morar com outras pessoas se torna vantajoso para os pacientes em hemodiálise, já que muitas vezes necessitam de ajuda nas suas atividades cotidianas, na hora das complicações e intercorrências, assim como na adesão ao tratamento.

Quanto a variável IMC onde 54,5% apresentaram sobrepeso. O resultado coincide com o estudo de Coutinho (2016), neste estudo, a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 45,5% em idosos renais crônicos  $\geq 60$  anos. A prevalência de obesidade também vem aumentando nos pacientes com DRC e é considerada como um problema de saúde pública mundial (BASTOS; BREGAGMAN; KIRSZTAJN, 2011), chegando a ser considerada por Bastos, (2014) como a grande epidemia deste milênio.

O excesso de peso ainda pode trazer outras comorbidades, além das doenças de base como, IAM, AVE, demonstrando que não é só o baixo peso que apresenta risco para esse público, mas também o excesso de peso (AQUINO; PHILIPPI, 2017). O que se torna necessário retratar essa nova realidade nos centros de hemodiálise e trazer medidas preventivas com intuito de prolongar e melhorar a qualidade de vida do doente renal crônico (COUTINHO; VILELA, 2016).

Na aferição do perímetro da panturrilha esquerda 45,4% eram eutróficos e 36,4% pré-sarcopênicos. A sarcopenia ocorre em todos os estágios da DRC e quanto mais grave a perda de função renal, maior o risco de sarcopenia (SOUSA, 2014). Foley, *et al.* (2007) encontrou evidências da associação entre sarcopenia e estágios da DRC, o qual esta associação foi influenciada por idade avançada, baixo nível socioeconômico, pouca atividade física, baixa ingestão de carboidrato, gordura e proteína, dentre outros fatores.

Os idosos pertencentes deste estudo apresentaram níveis pressóricos e glicêmicos controlados 54,5% e 90,9%, respectivamente. A hipertensão arterial é reconhecidamente o fator de risco mais importante sobre a progressão da lesão renal, em populações diabéticas ou não. A meta de pressão arterial deve ser 130x80 mmHg, conforme as Sociedade Brasileira de Nefrologia sobre o manejo da hipertensão na presença de doença renal crônica. O controle pressórico visa tanto a proteção renal quanto a cardiovascular, uma vez que a insuficiência renal crônica (IRC) e o DM estão associados com aumento da mortalidade por problemas cardiovasculares (MOREIRA, *et al.*, 2008).

No que diz respeito a presença de dor, 72,7% apresentaram dor leve ou ausente. Corroborando com estudo realizado por Marques, (2016) onde verificou-se que mais de 50% dos pacientes referiram não sentir dor antes e após a sessão de HD e a maioria deles afirma não ter dor durante a sua realização. A dor em hemodiálise retrata que mesmo com avanços das tecnologias em diálise, da incorporação de novas técnicas e dos novos conhecimentos, a dor dos pacientes em hemodiálise permanece (SILVA, *et al.*, 2013). Torna-se necessária atenção às manifestações de dor apresentadas por esse grupo de pacientes, com instituição de novos procedimentos para seu tratamento (MARQUES, *et al.*, 2016).

A ocorrência de queda foi relatada por (81,8%) dos idosos. Nos estudos de Siqueira (2007), Cruz (2012) houve também a prevalência de queda em 35% e 32,1% dos idosos com mais de 65 anos de idade caíram pelo menos uma vez durante o ano no mundo.

A proporção aumenta para até 42% quando os idosos têm mais de 70 anos. Lopes, (2009) verificou que aproximadamente 88% dos idosos pesquisados que sofreram quedas têm medo de cair de novo, mostrando a possibilidade de o indivíduo restringir algumas tarefas por conta desta sensação e, por isso, ficarem suscetíveis a novas quedas. A prevalência de quedas tem sido associada com idade

avançada, sedentarismo, auto percepção da saúde como ruim e maior consumo de medicações variadas de uso contínuo (GASPAROTTO, 2014).

Quanto ao uso de medicamentos, (54,5%) do idosos pesquisados faziam uso de cinco ou mais medicamentos, ocorrendo polifarmácia. Segundo Gomes e Caldas, (2008) 56.6% possuem receitas com mais de quatro medicamentos de uso contínuo. No estudo de Carvalho, *et al.* (2012) 36% (151.902) dos idosos entrevistados relataram o uso de 5 ou mais medicamentos. Segundo este, a forma desarticulada como é feita a assistência à saúde do idoso, atendido em momentos próximos por diferentes especialistas, sem que o paciente seja questionado sobre quais medicamentos utiliza.

O fácil acesso a medicações e a baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos contribui para esse consumo elevado de medicamentos pela população de idosos (FLORES; MENGUE, 2005).

Quanto aos hábitos de vida, o sedentarismo, não etilismo e não tabagismo prevaleceu em 100% dos idosos dialíticos. Resultados próximos foram encontrados no estudo de Kirchner (2011) onde 65,6% dos pacientes não realizavam exercícios físicos, 87,4% não fumavam, entretanto, 31,3% haviam fumado no passado e (93,8%) dos participantes afirmaram não consumir bebida alcoólica. A atividade física é reduzida em pacientes com IRC, chegando a 75% a menos para pacientes em estágio dialítico, quando comparados à população que não tem IRC (MANSUR, *et al.*, 2007).

Segundo Zaitune, *et al.* (2012) O tabagismo no Brasil é uma das principais causas de mortes que poderiam ser evitadas, sendo responsável por cerca de 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio, 85% por enfisema, 25% dos óbitos por doença cerebrovascular e 30% pelo câncer. O uso de tabaco é o principal fator de risco para as principais causas de morte nos idosos, sendo atualmente um grande problema de saúde pública.

Para Goulart, *et al.* (2010) o tabagismo é uma das causas de doença e morte em boa parte do mundo. De acordo com as previsões, o tabagismo se tornará a principal causa de morte e invalidez, com mais de 10 milhões de óbitos por ano.

O tabagismo também tende a aparecer concomitantemente com hábitos não saudáveis como sedentarismo, alimentação desequilibrada com grande ingestão de bebidas alcoólicas, sal e gorduras, aumentando as chances de aparecer doenças crônicas (ZAITUNE, *et al.*, 2012)

O APGAR familiar mostra-se como uma excelente ferramenta de avaliação da funcionalidade familiar de idosos renais crônicos, uma vez que, tem a facilidade de ser utilizado por diversos profissionais, afim de, conhecer a estrutura e a vivência familiar dos idosos, oferecendo subsídio para a construção de estratégias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Quanto a classificação da Funcionalidade familiar houve a predominância da variável Boa Funcionalidade familiar. Coincidindo com outros estudos realizados por Teston (2017), Silva (2014), Paiva, *et al.* (2011) o qual obtiveram o predomínio da boa funcionalidade familiar em 90,4%, 81,6% e 83,7%, respectivamente.

Nos casos de uma condição crônica, a participação da família é fundamental, visando o controle da doença, manutenção da saúde e a prevenção das possíveis complicações associadas a ela (DUARTE, 2001). A família é a principal fonte de suporte e apoio a qual seus membros recorrem para resolução de problemas, especialmente quando estes estão associados à saúde ou a falta dela (MATTOS, 2011). Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida do doente, de maneira adequada às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vivem (PAVARINI, 2008).

## **7 CONCLUSÃO**

Este estudo proporcionou a oportunidade de avaliar o APGAR familiar de idosos em Hemodiálise, que realizavam tratamento dialítico no Setor de Nefrologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, revelando que há a predominância da boa funcionalidade familiar, seguida de moderadamente disfuncional e severamente disfuncional.

Foi possível identificar que o perfil desses idosos engloba vários déficits sociodemográficos, de hábitos de vida, sedentarismo e apresentação de baixa escolaridade. Contudo, foi possível identificar que há uma assistência relativamente boa prestada pelas famílias, levando-nos a identificar o predomínio do APGAR desses idosos como boa funcionalidade.

Enfatizamos a importância do instrumento APGAR para o planejamento de uma assistência adequada, pois permite conhecer o binômio família-paciente e como se dá sua interação, funcionando como instrumento de avaliação da funcionalidade familiar de idosos em hemodiálise, interpretando e avaliando os cuidados prestado pela família ao indivíduo fora do ambiente hospitalar, em casa. O enfermeiro poderá utilizar-se deste instrumento e de sua aplicabilidade na assistência ao paciente idoso em hemodiálise, no desenvolvimento de estratégias e intervenções que possibilitarão a implementação de uma assistência adequada a este. Portanto, a família exerce um papel insubstituível na vida dos idosos dialíticos e é comprovadamente um alicerce de suporte emocional, afetivo e atua como aliada na continuidade e manutenção do tratamento da DRC junto da equipe de Enfermagem. Melhorando e influenciando na qualidade de vida e sobrevida desses idosos durante todo o período de tratamento.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K.; FAUSTO, N.; ASTER, J. C. **Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ANAND, S.; BITTON, A.; GAZIANO T. **The gap between estimated incidence of end-stage renal disease and use of therapy**. *PLoS One* 2013; 8(8):72860.

ANDRADE, AINPA; MARTINS, R. M. L. **Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos**. *Millenium*. 2011;40:(1)185-99.

AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S. T.; **Nutrição Clínica Estudos de casos comentados**. Barueri, São Paulo: Manole, 2 ed., 2017.

ARAÚJO, C. K.; CARDOSO, C. M. C.; MOREIRA, E. P.; WEGNER, E.; AREOSA, S. V. C. **Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos**. *Revista Jovens Pesquisadores*. 2012; 1: 97-107.

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. **Relações familiares e convívio social entre idosos**. *Textos contextos*. 2012; 11(1):182– 192.

BASTOS M. G; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G. M. **Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável**. *Revista da Associação Medica Brasileira* v.56, n.2, p.248-253, 2011.

BASTOS, R. A. A; FERNANDES, M. G. M; SOARES, M. J. O; COSTA, M. M. L; SOUSA, F. S; ALMEIDA, F. C. A. **Physiological adaptation of elderly in hemodialysis treatment: an analysis in the light of the Roy Model**. *J Nurs UFpe online [Internet]* 2014;8(4) [cited 2014 abr 05]. Available From: <http://www.revista.uFpe.br/revistaenFermagem/index.php/revista/article/view/4743>

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. **O Mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade**. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, n.52, 1994.

BIAVO, B. M. M. **Aspectos nutricionais e epidemiológicos de pacientes com doença renal crônica submetidos a tratamento hemodialítico no Brasil.** 2010. J. *Bras.Nefrol.* [online]. 2012, vol.34, n.3, pp.206/215.ISSN 0101-2800.  
<http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120001>.

BOMAR, P.J. **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice.** 3ª ed. Pensylvânia (US): Elsevier; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf)

BRITO, S. S. **Funcionalidade familiar e depressão em idosos atendidos em um serviço especializado de Atenção à Saúde.** 2014. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB).

CANHESTRO, M. R. e colaboradores. **A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos.** REME: Revista Mineira de Enfermagem. 2005; 9(3):260-6.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. **Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica.** Ciência, Cuidado e Saúde. 2006; 5(Supl.):119-26

CARVALHO, M. F. C.; LIEBER, N. S. R.; MENDES, G. B.; SECOLI, S. R.; RIBEIRO, E.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE.** Revista Brasileira de Epidemiologia 2012; 15(4): 817-27.

CASTRO, M. C. R. **Manual de Transplante Renal. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** . São Paulo, jan. – mar, 2010. Disponível em [http://www.sbn.org.br.br/leigos/pdf/manual\\_renal.pdf](http://www.sbn.org.br.br/leigos/pdf/manual_renal.pdf)

COUTINHO, M. V; VILELA, L. B. F. **Perfil antropométrico de pacientes em hemodiálise de uma clínica no município de rio verde – goiás. rio verde – go, 2016.**

CRESTANI, F.V.J. RODRIGUES, R.A.C. **Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará.** Jornal Brasileiro de Nefrologia 2013;35:99-106.

CRUZ, D. T.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, T. R. R.; LEITE, I. C. G. **Prevalência de quedas e fatores associados em idosos.** Revista de Saúde Pública 2012;46(1):138-46.

CRUZ, V.F.E.S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOCK, A.C.; **A manutenção da vida laboral por Doentes Crônicos em tratamento de hemodiálise: Uma análise dos significados do trabalho.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.25, n.4, p.1050-1063, 2016

DUARTE, Y. A. O. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares** [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.

FLORES, L. M; MENGUE, S. S. **Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil.** Rev Saúde Pública 2005;39(6):924-9

FOLEY, R. N; WANG, C; ISHANI, A; COLLINS, A. J; MURRAY, A. M. **Kidney Function and sarcopenia in the United States general population: NHANES III.** Am J Nephrol 2007;27:279-86. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1159/000101827](http://dx.doi.org/10.1159/000101827)

FRANCA, A. K. T. C e colaboradores., **Filtração glomerular e filtração em hipertensos atendidos na atenção básica.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia. [Online]. 2010, vol.94, n.6, pp.779-787. Epub Apr 02, 2010. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000021>.

FRAGUAS, G.; SOARES S. M.; SILVA P. A. B. **A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2008 Jun;12(2):271-7.

FRAZÃO, C. M. F. Q; VÂNIA PINHEIRO RAMOSII; LIRAIL, A. L. B. C. **QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE.** Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):577-82.

FRAZÃO, C.M.; RAMOS V.P. **Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise.** Revista de Enfermagem UERJ [Internet]. 2011;19(4):577-82. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>

FREITAS, E. B; BASSOLI, F. A; VANELLI, C. P. **Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 39, n. 1 e 2, jan./jun. 2013

GARDNER, W.; NUTTING P,A.; KELLEHER K,J.; WERNER J,J.; FARLEY T; STEWART L, e colaboradores. **Does the family APGAR effectively measure family functioning?** J Fam Pract. 2001; 50(1):19-25.

GARZA, E.T.; GUTIÉRREZ, H.R. F. **Trabajo con Familias. Abordaje medico integral.** 3ª ed. México: El Manual Moderno; 2015:1-29.

GASPAROTTO, L. P. R; FALSARELLA, G. R; COIMBRA, A. M. V. **As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):201-209

GOULART, D.; ENGEROFF, P.; ELY, L. S.; SGNAOLIN, V.; SANTOS, E. F.; TERRA, N. L.; CARLI, G. A. **Tabagismo em idosos**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2010; 13(2):313-320

GONZALEZ-BEDA, T. M; DIEZ, G. R.; FILHO, R. P.; FERREIRO, A.; GARCIA, G. G.; CUSUMANO, A.; CEAN, J. F.; NOBOA, O.; DOUTHAT, W. **Burden of disease: prevalence and incidence of ESRD in Latin America**. *Clinical Nephrology*, 2015; 83(7 Supl. 1):3

GRASSMANN, A.; GIOBERGE, S.; MOELLER, S.; BROWN, G. **Patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends**. *European Renal Association*.

JENKINS, C. D. **Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento**. Porto Alegre: Editora Artemed; 2007.

KASISKE, B.L.; SKEANS, M.A.; LEIGHTON, T.R.; GHIMIRE, V.; LEPPKE, S.N.; ISRANI, A.K. OPTN/SRTR 2011 **Annual Data Report: international data**. *Am J Transplant* 2013; 13(Supl. 1):199-225.

KIRCHNER, R. M; MACHADO, R. F; LÖBLER, L; STUMM, E. M. F. **Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise**. O MUNDO DA SAÚDE, São Paulo: 2011;35(4):415-421.

LIMA, J. C. e colaboradores. **Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 62-70, jan.-abr. 2002.

LOPES, K. T; COSTA, D. F; SANTOS, L. F; CASTRO, D. P; BASTONE, A. C. **Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas**. Revista Brasileira de Fisioterapia 2009;13(3):223-9.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. **Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil.** Revista Brasileira de pesquisa em saúde. 2009;2(2):273-80

LEITE, M. T; BATTISTI; I. D. E; BERLEZI, E. M; SCHEUER, A. I. **Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social.** Texto Contexto Enfermagem. 2008;17(2):250-7.

LOPES, J. M; FUKUSHIMA, R. L. M; INOUE, K; PAVARINI, S. C. I; ORLANDI, F. S. **Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis.** *Acta Paulista de Enfermagem.* 2014; 27(3): 230-2366.<http://dx.doi.org/>

LEVIN, A.; DEJURDJEV, O.; BEAULIEU, M. E. L. **Variability and risk factors for kidney disease progression and death following attainment of stage 4 CKD in a ferred cohort.** *Am J Kidney Dis.* American journal of kidney disease, 2008; 52(4): 661-71.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAIS N ,M.; MARIANO M,C.; SANTOS R,R. **Principais síndromes geriátricas.** Ver. Médica de minas Gerais, 2010.

MORIGUCHI, O. Y.; TERRA, N. L.; BÓS, A. J. G.; SCHENEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A.; CARLF, G. A.; GOMES, I.; MYSCHRW, J.C. **Entendendo as Síndromes Geriátricas.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 188p.

MARQUES, V. R; BENETTI, P. E.; BENETII, E. R. R.; ROSANELIC. L. S. P.; COLET, C. F.; STUMM, E. M. F. **Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.** Revista Dor. São Paulo, 2016 abrjun;17(2):96/100

MOREIRA; H. G.; SETTE, J. B. C.; KEIRALLA, L. C. B.; ALVES, S. G.; PIMENTA, E.; SOUSA, M.; CORDEIRO, A.; JR., O. P.; BORELLI, F. A. O.; AMODEO, C. **Diabetes**

**mellitus, hipertensão arterial e doença renal crônica: estratégias terapêuticas e suas limitações.** Revista Brasileira de Hipertensão, vol.15(2):111-116, 2008.

MANSUR, H. N.; LIMA, J. R. P.; NOVAES, J. S. **Nível de Atividade Física e Risco Cardiovascular de Pacientes com Doença Renal Crônica.** Jornal Brasileira de Nefrologia, Juiz de Fora MG, p. 209-214. dez. 2007.

MOREIRA, R. P; BARROS, G. E. **Revisão/atualização em diálise: capacidade e condicionamento físico em pacientes mantidos em hemodiálise.** Jornada Brasileira de Nefrologia, 1998;20(2): 207-10.

MARCON, S. S; WAIDMAN, M. A. P; CARREIRA, L; DESCESARO, M. N. **Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos.** In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá (PR): Eduem; 2004. p. 256-82.

MENDONÇA, A. E. O; DANTAS, J. G.; ANDRADE, D. A.; SEGATO, C. T.; TORRES, G. V. **Perfil sociodemográfico e clínico de idosos submetidos à hemodiálise.** Cogitare EnFerm. 2015 Jan/Mar; 20(1):60-6.

MATTOS, M; MARUYAMA, S. A. T. **A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise.** Rev Eletrônica Enferm [online] 2009 [acesso 2011 Mar 03]; 11(4):971-81.

MARTINS, J. J; NASCIMENTO, E. R. P; ERDMANN, A. L; CANDEMIL, M. C; BELAVER, G. M. **O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais.** Revista de Enfermagem, UERJ. 2009;17(4):556-62.

OLIVEIRA, C. C. M. e colaboradores. **Aspectos da qualidade de vida em idosos que praticam atividade física atendidos em um centro de saúde. Direitos humanos e envelhecimento no Maranhão / Paulo Roberto Barbosa Ramos (Org.).** — São Luís: EDUFMA, 2016.

PAIVA, A.T.G. e colaboradores. **Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos.** Cogitare enfermagem. 2011; 16(1): 22-8.

PECOITS, R. F. S.; RIBEIRO, S. C. (Org.). Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal. São Luís: Universidade Aberta do SUS/ UFMA, 2016.49 p.

PUELLO, S. M.; SILVA P. M.; SILVA S. A. **Limites, regras, comunicação em família monoparental con adolescentes.** Revista Diversitas: Perspectivas em psicología. 2014:10(2):225-246. 4.

PATAT, C. L.; STUMM, E. M. F; KIRCHNER, R. M; GUIDO, L. A; BARBOSA, D. A. **Análisis de la calidad de vida de los usuários de hemodiálisis.** *Revista Enfermagem Global.* 2012; 11(27): 66-76.

PAVARINI S.C.I.; TONON, F. L.; SILVA, J. M. C.; MENDIONDO, M. Z.; BARHAM, E. J.; FILIZOLA, C. L. A. **Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso.** Revista Eletrônica de Enfermagem [online] 2006 [acesso2011 Jun 25]; 8(3): 326-35.

PAVARINI S. C. I.; MELO, L. C.; SILVA, V. M.; ORLANDI, F. S.; MENDIONDO, M. S. Z.; FILIZOLA, C. L. A.; BARHAM, E. J. **Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares.** Rev Eletrônica Enferm [online]. 2008 [acesso 2011 Mai 25];10(3):580-9.

PINHO, N. A; SILVA, G. V; PIERIN, A. M. G. **Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil.** JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA, v.37, n.1, p.91-97, 2015. <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/10793>

RIBEIRO, C. D. S.; ALENCAR, C. S. M.; FEITOSA, M. C. D.; MESQUITA, M. A. S. B. **Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico.** R. Interd.v.6, n. 3, p. 36-44, jul.ago.set. 2013

RODRIGUEZ S, E.; MORA S, S.; PORRAS S, N, PATINO A,M,C.; RECIO R,J,I.; BECERRO M,C. e colaboradores. **Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers.** Study protocol. BMC Public Health [periódico na internet]. 2010; (10): 559-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954999/pdf/1471-2458-10-559.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de diálise 2013** [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 20]. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2013-14-05.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf).

SILVA, S.M.; BRAIDO N.F.; OTTAVIANI, A.C.; GESUALDO G.D.; ZAZZETTA, M.S.; ORALANDI, F.S. **Apoio social de adultos e idosos com doença renal crônica em diálise.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016 [citado 2016 17 de agosto]; 24: e2752.

SANTOS A,A.; PAVARINI S,C,I. **Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador.** Revista da Escola de Enfermagem, USP. 2012; 46(5): 1140-6.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; MARTINS, C. T. **Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016.** SÃO PAULO, 2017 J Bras Nefrol 2017;39(3):261-266.

SANTOS, A.C.B.; MACHADO, M. C.; PEREIRA, L. R.; ABREU, J. L. P.; LYRA, M. B. **Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 35, n. 4, p.279-288, 2013.

SMILKSTEIN, G. **The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians.** J Fam Pract. 1978; 6(6): 1231-9.]

SESSO, R.C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; SANTOS, D. R. **Brazilian Chronic Dialysis Survey 2013 - trend analysis between 2011 and 2013.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2014; 36(4):476-481.

SESSO, R.C.C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; WATANABE, Y.; SANTOS, D. R. **Diálise crônica no Brasil - Relatório do censo brasileiro de diálise, 2011.** *Jornal brasileiro de nefrologia*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.

SANTOS, A. L.; CECÍLIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. **Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico.** *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 879-86.

SILVA, M. J.; VICTOR, J. F.; MOTA, F. R. N.; SOARES, E. S.; LEITE, B. M. B.; OLIVEIRA, E. T. **Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(3) Jul-Set 2014

SESSO, R.C. **Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2016;38(1):54-61.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S.C.I.; BARHAM, E.J.. **Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 102-10.

SOUZA, R. F. S.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem.** *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007 Mai-Jun; 60(3):263-7.

SOUZA, R. A.; COSTA, G. D.; YAMASHITA, C. H.; AMENDOLA, F.; GASPAR, J. C.; ALVARENGA, M. R. M.; FACCENDA, O.; OLIVEIRA, M. A. C. **Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos.** *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2014; 48(3):469-76 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

SARAIVA K. R. O. e colaboradores. **O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento.** Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):63-70.

SANTOS, A. M. D; LUCENA, N. M. G; VALE, A. M. T. **Caracterização Sociodemográfica de Idosos com Doença Renal Crônica Submetidos a Tratamento Dialítico em um Hospital Filantrópico.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>

Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de diálise SNB 2013** [Internet]. [Acesso em: 2014 ago 10]. Disponível em: [http://sbn.org.br/pdf/censo\\_2013\\_publico\\_leigo.pdf](http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf).

SANTOS, N. B.; ALMONDES, L. M. V.; RESENDE, M. M. B.; MORAES, H. M. P. L.; SOUZA, A. T. S.; RIBEIRO, I. P. **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos na clínica nefrológica de um hospital público estadual.** S A N A R E, Sobral, V.14, n.02, p.59-64, jul./dez. - 2015

SILVA, F. D. A; BETTINELLI, L. A; BORTOLUZZI, E. C. *e colaboradores.* **Terapia renal substitutiva: perfil sociodemográfico e clínico laboratorial de pacientes de um serviço de hemodiálise.** Revista de enfermagem UFPE on line., Recife, 11(9):3338-45, set., 2017

SOUZA, V. A; OLIVEIRA, D; MANSUR, H. N; FERNANDES, N. M. S; BASTOS, M. G. **Sarcopenia na Doença Renal Crônica.** Juiz de fora –MG, 2014. DOI: 10.5935/0101-2800.20150014.

SILVA, L; MENDONÇA, A. T; CARVALHO, L. A. **As características da dor em portadores de insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise.** Rev Univ Vale Rio Verde. 2013;10(1):590-599.

SANTOS, A. L.; CECÍLIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. **Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 879-886.

TORRES G.V. e colaboradores. **Funcionalidade familiar de idoso dependentes residentes em domicílios.** Avaliação Psicológica. 2009; 8(3):415-423.

TERRA, F. S.; DIAS COSTA, A. M. D.; FIGUEIREDO, A. T.; MORAES, A. M.; DIAS COSTA, M.; DIAS COSTA, R. 2010. **As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise.** *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(3): 187- 192.

TAVARES, J. M. A. B.; LISBOA, M. T. L. **Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar.** *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):344-9.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H. **Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2009; 58(1): 39-44.

TESTON E,F.; SANTOS A,L.; CECILIO H,P,M.; MANOEL M,F.; MARCON S,S. **A vivência de doentes crônicos e familiares frente à necessidade de cuidado.** *Cienc Cuid Saúde*. 2013 ;12(1):131-8. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21721/pdf>

TERRA F,S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário.** *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 2010;8(2):119-24

TERRA, F. S; COSTA, A. M. D. D. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.** *Revista de Enfermagem UERJ*. 2007; 15:430-6.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. **Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste.** *Revista Brasileira de psiquiatria* 2009; 58(1):39-44.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A; SANTOS, N. M. F; HASS, V. J; MIRANZI, S. C. S. **Factors associated with the quality of life of elderly men.** Revista Escola Enfermagem USP [Internet] 2013;47(3). Available From: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300022>

United States Renal Data System. 2015 USRDS Annual Data Report. **National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.** Bethesda: United States Renal Data System; 2015.

VICTOR, J. F; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; VASCONCELOS, F. F. **Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família.** Acta Paul Enferm. 2009;22(1):49-54.

ZAITUNE, M. P. A; BARROS, M. B. A; LIMA, M. G; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M; ALVES, M. C. G. P. **Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP).** Cadernos Saúde Pública, v. 28, n.3, Rio de Janeiro, 2012.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **DESCRIÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO:**

Caro(a) paciente, as informações abaixo estão sendo fornecidas para que a sua participação voluntária seja resguardada de dúvidas a respeito dos propósitos e benefícios que este estudo possa trazer. O estudo intitulado "**Avaliação do nível de complexidade assistencial de usuários idosos hospitalizados**", e visa conhecer o nível de complexidade assistencial para com os usuários idosos em ambiente hospitalar. Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirão com a instituição onde será realizada, possibilitando que esta ofereça um serviço mais bem estruturado aos usuários.

### **RISCOS E DESCONFORTOS ASSOCIADOS AO ESTUDO**

Os procedimentos a serem realizados (entrevista e exame clínico) têm risco mínimo e é garantido que danos previsíveis sejam evitados. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário), será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso este aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos, os benefícios do melhor regime, conforme determinações da Res. CNS/MS nº466/12.

### **BENEFÍCIOS**

Participando deste estudo não haverá obtenção de qualquer benefício adicional, mas sim a contribuição para ampliar os conhecimentos, além da contribuição para pesquisa científica na área.

### **DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE**

Todos os seus dados registrados nas fichas que serão preenchidas durante a pesquisa serão considerados sigilosos, ou seja, todo esforço será feito no sentido de resguardar o sigilo sobre os dados fornecidos por você, bem como dos resultados de seus exames.

## **DIREITO A RETIRADA DO ESTUDO**

Será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem ocasionar prejuízo para continuidade de seu tratamento na instituição.

## **DESPESAS E COMPENSAÇÕES**

Não haverá despesas pessoais, incluindo exames e consultas, bem como, não haverá compensação financeira durante sua participação neste estudo.

## **GARANTIA DE ACESSO AOS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO**

Durante todas as etapas do estudo haverá acesso aos responsáveis em horário comercial.

O pesquisador principal é a acadêmica de enfermagem Amanda Graziella Souza Monteiro de Lima, que poderá ser encontrado no endereço Rua 02 Quadra 03 Casa 20 Jardim Araçajy I COHATRAC. CEP: 65054-510, São Luís- MA e através dos telefone: (98) 982411591 email: monteyroamanda@gmail.com, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), Rua Barão de Itapary, 227- Centro- São Luís-MA, CEP: 65020-070. Telefone (98) 21091250, bem como O CEP-HUUFMA deverá ser contatado se houver alguma questão ética relacionada à pesquisa.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

## **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

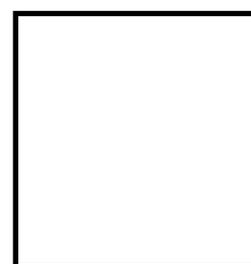
A sua participação neste estudo é voluntária, caso recuse-a não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito ao tratamento na instituição. Terá também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitado de assinar, ou seja, analfabeto, usaremos a impressão digital.

## **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Por estar devidamente informado(a) a respeito de minha participação neste estudo, tendo sido discutidos com os responsáveis quais os propósitos, desconfortos e eventuais riscos, de forma isenta de despesas, com garantia de confidencialidade e acesso ao tratamento; expresso o consentimento para minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa; mantendo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem perda do direito a acompanhamento nesta instituição.

\_\_\_\_\_ ou  
**Assinatura Paciente ou Representante Legal**



**Impressão Digital**

**Data:**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Pesquisador Responsável**

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Número do Questionário: \_\_\_\_\_ Data da Coleta de Dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário de Início da Entrevista: \_\_\_\_\_ Horário de Término da Entrevista: \_\_\_\_\_

Nº	DADOS SOCIODEOGRÁFICOS	CÓDIGO
01	<b>Identificação:</b>	
02	<b>Idade:</b>	
03	<b>Data de Nascimento:</b>	
04	<b>Sexo:</b> (0) Feminino (1) Masculino	
05	<b>Cor da Pele:</b> (0) Branco (1) Pardo (2) Preto (3) Moreno (4) Outras	
06	<b>Tempo Estudo:</b> (0) 0 anos (1) 1 a 4 anos (2) 5 a 8 anos (3) 9 a 12 anos (4) + 12 anos	
07	<b>Profissão/Ocupação:</b>	
08	<b>Procedência:</b> (0) Capital (1) Interior (2) Outro Estado	
09	<b>Estado Civil:</b> (0) Solteiro (1) Casado/União Estável (2) Separado (3) Divorciado (4) Viúvo	
10	<b>Religião:</b> (0) Católico (1) Protestante (2) Espírita (3) outros (4) sem religião	
11	<b>Condição Econômica:</b> (0) Sem renda (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) BPC (4) Outros	
12	<b>Renda Mensal:</b> (0) 0 a ½ SM (1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) mais 5 SM	
13	<b>Renda Familiar:</b> (0) 0 a ½ SM (1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) mais 5 SM	
14	<b>Nº de pessoas que convive:</b> (0) 0 (1) 1 a 2 (2) 3 a 5 (3) mais que 5	
15	<b>Com quem reside:</b> (0) sozinho (1) Familiares (2) Amigos (3) Aderentes (4) ILPI (5) outros	
	<b>HÁBITOS DE VIDA</b>	<b>CÓDIGO</b>
16	<b>Tabagismo:</b> (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
17	<b>Etilismo:</b> (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	

18	<b>Prática Atividade Física:</b> (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
	<b>ANTROPOMETRIA</b>	<b>CÓDIGO</b>
19	<b>Peso:</b> Kg (antes da internação)	
20	<b>Peso:</b> Kg (atual)	
21	<b>Altura:</b> cm	
22	<b>IMC:</b> (1) Desnutrido (2) Eutrófico (3) Sobrepeso (4) Obesidade	
23	<b>Circunferência Abdominal:</b> cm (atual)	
24	<b>Circunferência da Panturrilha E:</b> cm(atual)	
25	<b>Relação Cintura/Quadril:</b> cm (atual)	
26	<b>Relação Cintura/Estatura:</b> cm (atual)	
	<b>SINAIS VITAIS</b>	<b>CÓDIGO</b>
27	<b>Pressão Arterial:</b> mmHg(atual) – média diária	
28	<b>Glicemia Capilar:</b> mg/dl (atual) – média diária	
27	<b>Queixa de Dor:</b> (0) Ausente (1) Leve (2) Moderada (3) Incapacitante	
	<b>DADOS CLÍNICOS</b>	<b>CÓDIGO</b>
28	<b>DIH:</b> dias	
29	<b>DPO:</b> dias	
30	<b>Diagnóstico Médico:</b>	
31	<b>Tratamento Cirúrgico:</b>	
32	<b>Doenças de Base:</b> (1) HAS (2) DM (3) Cardiopatias (4) Doença Renal (5) Osteoartrose (6) Outros: _____	
33	<b>Internações Anteriores:</b> (0) Não (1) Sim*	
34	<b>Quantas Internações Anteriores*:</b> (1) 1 (2) 2 a 3 (3) 4 a 6 (4) + 7	
35	<b>Eventos de Quedas:</b> (0) Não (1) Sim*	
36	<b>Quantos Eventos de Quedas*:</b> (1) 1 (2) 2 a 3 (3) 4 a 6 (4) + 7	
37	<b>Uso de Medicamentos Domicílio:</b> (0) Não (1) Sim*	
38	<b>Quantidade de Medicamentos Domicílio*:</b> (1) somente 1 (2)	

	2 a 4 (3) + 5	
39	<b>Uso de Medicamentos Hospitalar:</b> (0) Não (1) Sim*	
40	<b>Quantidade de Medicamentos Hospitalares*:</b> (1) somente 1 (2) 2 a 4 (3) + 5	
41	<b>Quais medicamentos usa?</b>	
42	<b>Faz consulta com Geriatra?</b> (0) Não (1) Sim	

# ANEXOS

## ANEXO A – APGAR

### AValiação da Funcionalidade Familiar - APGAR de Família

Número do Questionário: \_\_\_\_\_

Data da Coleta de Dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
<b>A= Adaptation (Adaptação):</b> Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
<b>P = Partnership (Companheirismo):</b> Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
<b>G = Growth (Desenvolvimento):</b> Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudança de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
<b>A = Affection (Afetividade):</b> Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
<b>R = Resolve (Capacidade Resolutiva):</b> Representa a	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha			

<p>satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>	<p>família e eu compartilhamos o tempo juntos.</p>			
--	--	--	--	--

Com a finalidade de auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior das famílias o Ministério da Saúde recomenda a utilização desses dois itens: o relacionado às pessoas que co-habitam e outro para as pessoas que vivem sós.

<p><b>QUEM VIVE EM SUA CASA*?</b> Faça uma lista por relacionamento/parentesco (por exemplo: cônjuge, pessoa significativa, filho (a) ou amigo (a)).</p>			<p>Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve <b>COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA</b> constante da lista</p>			
Relacionamento/Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masculino	Feminino			

<p>Se você mora sozinho (a), por favor relacione abaixo as pessoas a quem você procura, mais frequentemente, quando precisa de ajuda. Faça uma lista por relacionamentos (por exemplo: membro da família, amigo (a), colega de trabalho, vizinho (a), etc).</p>			<p>Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante da lista.</p>			
Relacionamento/Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masculino	Feminino			


**Objetivo:** possibilita verificar indícios de disfunção familiar permitindo a elaboração de um projeto terapêutico.

**Avaliações dos Resultados:** Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais atribuídas valores que, ao final, são somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade).

0 a 4 = elevada disfunção familiar

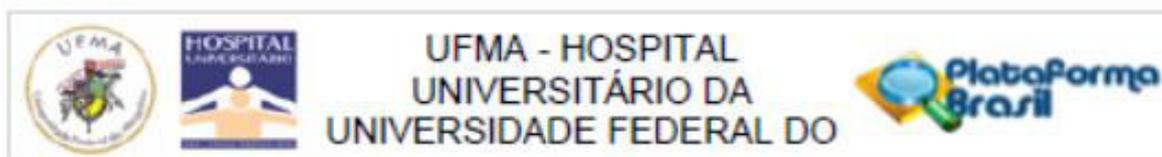
5 e 6 = moderada disfunção familiar

7 a 10 = boa funcionalidade familiar

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.

**Providências com os achados/resultados:** para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO À PESSOA IDOSA: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar

**Pesquisador:** Rafael de Abreu Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73416017.0.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.306.474

#### Apresentação do Projeto:

O Brasil encontra-se em processo de envelhecimento, com aumento gradativo de pessoas acima de 60 anos, resultante da redução da mortalidade e do aumento da expectativa de vida. E isso reflete uma tendência de aumento proporcional de 18,6% de idosos na população em 2030 e em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá menos de 60 anos de idade (BRASIL, 2007). Especula-se ainda que entre os anos de 2020 e 2060, haverá um aumento de 20%. E em 2055, os idosos superarão a população de crianças e jovens (IBGE, 2015). No envelhecimento podem surgir vários problemas de saúde relacionados às doenças crônico-degenerativas, perdas sociais, afetivas e financeiras. De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 o direito à saúde é uma garantia a todo cidadão, sendo esse direito assegurado pelo Estado. E para o idoso, são necessárias políticas públicas consistentes por conta do alto custo do cuidado a pessoa nessa fase da vida (GOMES, 2005). Contudo, envelhecer não é sinônimo de doenças e dependência, porém favorece a redução da funcionalidade dos órgãos e sistemas do corpo humano predispondo a doenças clínicas, que associadas aos maus hábitos de vida, podem contribuir para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT (GOMES; BRITTO, 2011; REIS, 2013). E ao mencionar o envelhecimento saudável, um dos atributos essenciais é a funcionalidade, que é a

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**UF:** MA

**Telefone:** (98)2109-1250

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.020-070

**E-mail:** cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

interação entre o desempenho físico e psicocognitivo para realizar as atividades do dia-a-dia e as condições de saúde, mediada pelas habilidades desenvolvidas ao longo da vida. Para os idosos, a boa funcionalidade está associada à independência e autonomia (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011). Paralelo ao processo de envelhecimento da população nota-se mudanças nas estruturas familiares, que são, em sua maioria, as principais provedoras do cuidado necessários aos seus membros idosos. E é no contexto familiar que os idosos encontram apoio para as diferentes situações com que se deparam, sendo assim, um elemento fundamental para o seu bem-estar. Atualmente, as famílias passam por novas configurações em relação ao surgimento de novos papéis e a longevidade tem proporcionado a convivência intergeracional, encontrando-se, por exemplo, até quatro gerações em uma mesma residência. Esse cenário demonstra que a família, mesmo com as mudanças frente a diversas situações, continua sendo um local importante de afetos e proteção aos idosos (BERGO, MALAGUTTI, 2010). Nas últimas décadas, por conta das transformações, tanto

estruturais quanto funcionais, as famílias passaram a apresentar um quantitativo maior de idosos em sua composição. Assim, o suporte familiar fornecido ao idoso precisa ser revisto, a partir da perspectiva de que as famílias podem não estar preparadas para responsabilizar-se pela tarefa de cuidar do idoso, surgindo então a necessidade de avaliar a funcionalidade familiar (PAVARINI, 2009). Para que esse cuidado seja eficiente, é

preciso que todos os membros familiares desempenhem tarefas e assumam papéis. Entretanto, nem sempre o funcionamento familiar ocorre de forma harmoniosa, ocasionando efeitos negativos que se refletem em desgaste no relacionamento entre cuidador e idoso, bem como conflitos familiares e até intergeracionais (BRASIL, 2005). Cicireli (2014) explicam que a assistência de enfermagem precisa ser planejada com a participação do idoso e de sua família, sempre procurando esclarecê-los acerca do processo de envelhecimento e suas implicações negativas, orientando-os quanto ao aprimoramento dos cuidados individuais, objetivando reduzir, na medida do possível, o seu grau de dependência. Ainda, a pessoa idosa exibe peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e sua avaliação de saúde deve ser realizada tendo como metas a identificação de problemas subjacente à queixa principal, o nível de complexidade assistencial, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas e sociais, que interferem diretamente em sua saúde, seu grau de autonomia e de dependência (CICIRELI, 2014). O cuidado ao cliente pode ser influenciado por aspectos comportamentais ou basear na habilidade técnica, enquanto na visão do paciente, os atributos que ele considera mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para aspectos interpessoais no relacionamento entre este e o profissional que presta o cuidado. Esses aspectos fundamentam-se em receber atenção por parte do enfermeiro,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

amizade, que este seja bom ouvinte, além de capacidade, habilidade e ensino sobre o cuidado, bem como receber atendimento rápido às chamadas, respeito às necessidades, e ser envolvido no próprio cuidado tanto. A equipe de enfermagem ocupa um papel essencial na assistência, prestando cuidados específicos que vão desde a admissão até a alta hospitalar (CICIRELI, 2014). O cuidado em enfermagem requer um direcionamento específico para essa clientela. Para tanto, o profissional deve compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso do idoso aos diversos níveis de atenção, estar qualificado, além de estabelecer uma relação respeitosa com o idoso/família. Assim, é possível estabelecer um modelo de cuidado que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida e, com isso, propor ações cuidativas que considerem seu contexto de saúde e doença. Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser proporcionado de forma humana com base em uma abordagem integral, que valorize a individualidade do paciente e vislumbre uma assistência de qualidade, pautada numa relação empática (DRULLA, 2009).

Hipótese:

Conhecer o nível de complexidade assistencial dos idosos internados é fundamental para se prestar uma assistência de saúde adequada, em conjunto com acompanhantes e/ou familiares que muitas vezes dedicam-se integralmente ao cuidado para com a pessoa idosa.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorrerá no período de agosto de 2017 a agosto de 2018 nas Clínicas Médica que está dividida em Alas Feminina e Masculina e Cirúrgica dividida em Alas Cirúrgicas A, B e C (Neuro-Ortopedia) e Serviço de Nefrologia (Setor de Diálise). A amostra abrangerá a aproximadamente 200 usuários idosos e 200 acompanhantes/cuidadores. A coleta de dados

ocorrerá após aprovação do comitê de ética, com usuários idosos que estiverem internados nas Clínicas Médica Cirúrgica e Serviço de Hemodiálise do Hospital Universitário da UFMA e seus familiares/cuidadores que consentirem em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE de forma escrita ou impressão datiloscópica, após leitura e esclarecimento de dúvidas. Os dados coletados para os usuários idosos ocorrerão no leito

do usuário sem a presença do familiar/cuidador para minimizar possíveis vieses nas respostas dos sujeitos. Serão utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e com quem reside) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal e da panturrilha esquerda, relação cintura quadril – RCQ, relação cintura estatura – RCE), sinais vitais (pressão arterial, glicemia capilar e queixa de dor), dados clínicos (dia de internação hospitalar – DIH, dia pós-operatório – DPO, diagnóstico médico, tratamento cirúrgico, doenças de base, internações anteriores e quantidade, eventos de queda e quantidade, uso de medicamentos no domicílio e quantidade, uso de medicamentos no hospital e quantidade). O segundo instrumento é composto pela avaliação da funcionalidade familiar através do APGAR de Família. Os dados coletados para os familiares/acompanhantes ocorrerão em local de privacidade e em momento oportuno e serão utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação, procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e tipo de vínculo com idoso) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal, relação cintura quadril – RCQ, relação cintura estatura – RCE, dados clínicos (tempo que acompanha o idoso no hospital, doenças de base, uso de medicamentos no domicílio e quantidade). O segundo instrumento é Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI. Para classificar os usuários idosos internados o instrumento utilizado para classificação dos pacientes foi o proposto por Fugulin et al.

**Critério de Inclusão:**

Para os usuários idosos, os critérios de inclusão serão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, internados Clínicas Médica, Cirúrgica e Setor de Diálise independente do diagnóstico médico e tipo de tratamento, que não apresente comprometimento cognitivo, que concordarem em participar da pesquisa. Para os familiares/cuidadores os critérios de inclusão serão: até três familiares/cuidadores por usuário idoso, de ambos os sexos, possuírem idade superior a 18 anos, vínculo familiar de primeiro e segundo grau de parentesco ou relacionamento/união estável ou casados, que ficam mais de 8h/dia como acompanhante/cuidador, que residam no mesmo domicílio, que não apresente comprometimento cognitivo, que concordarem em participar da pesquisa.

**Critério de Exclusão:**

Para os usuários idosos os critérios de exclusão, usuários idosos com alta hospitalar programada para o dia da coleta. Para os familiares/cuidadores os critérios de exclusão ser cuidador

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

Município: SAO LUIS

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

profissional e com vínculo empregatício com o idoso

**Metodologia de Análise de Dados:**

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL®. As variáveis quantitativas serão descritas por média e desvio padrão (média  $\pm$  DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados serão analisados no programa STATA 12.0® e qualquer associação entre as variáveis estudadas serão determinadas pelo valor de p do teste do qui-quadrado de

Pearson e o nível de significância adotado será de 5%.

**Desfecho Primário:**

Estima-se que esta pesquisa venha contribuir para conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar;

**Tamanho da Amostra no Brasil:** 400

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar;

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar os usuários idosos internados e familiar/cuidador no que tange aos aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, antropométricos e clínicos;
- Verificar a funcionalidade familiar dos idosos internados utilizando o questionário APGAR familiar;
- Mensurar a sobrecarga do familiar/cuidador informal de idosos internados, utilizando o -
- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI);
- Classificar os usuários idosos internados segundo o nível de complexidade da assistência de enfermagem através do Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador esta pesquisa envolve riscos mínimos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, conforme a Resolução CNS 466/12, item II. 22. Para assegurar a proteção do participante desta pesquisa, o mesmo não precisará informar

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

seu nome ou qualquer informação que o identifique. Os possíveis desconfortos ou riscos esperados para esse estudo são o tempo destinado às avaliações. Contudo, entende-se o quanto é delicado falar sobre as particularidades familiares de cada indivíduo. Qualquer pesquisa com seres humanos envolve riscos. Entretanto, os pesquisadores se dispõem a minimizar os riscos decorrentes desse estudo, mantendo o anonimato dos participantes, identificando-os por códigos e guardar todos os instrumentos utilizados para coleta de dados em local seguro e assim evitar a quebra de sigilo de suas identidades. Quanto aos benefícios, o pesquisador propõe benefício indireto pois visa expandir os conhecimentos acerca do nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar com os idosos em ambiente hospitalar.

Almeja-se através dessa pesquisa entender melhor as ações que podem resultar em mudanças no modo de atendimento dos serviços de saúde, direcionamento de políticas públicas e estratégias que garantam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo possui relevância científica e social por contribuir para conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar, além de enriquecer a literatura sobre o tema.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

#### **Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_971756.pdf	07/08/2017 12:57:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	07/08/2017 12:56:51	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	FUGULIN.doc	02/08/2017 17:16:21	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	APGARFamiliar.doc	02/08/2017 17:15:57	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	QASCI.doc	02/08/2017 17:15:18	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	MEEM.docx	02/08/2017 17:14:44	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comic2.pdf	02/08/2017 17:13:36	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comic1.pdf	02/08/2017 17:13:18	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	Instrumentocuidador.docx	02/08/2017 17:12:14	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.306.474

Outros	Intrumentousuario.doc	02/08/2017 17:09:09	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcuidador.docx	02/08/2017 17:08:31	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuario.docx	02/08/2017 17:07:02	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	02/08/2017 17:03:54	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	02/08/2017 17:03:03	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CreditoPublica.pdf	02/08/2017 17:00:49	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso.pdf	02/08/2017 17:00:36	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ResponsabilidadeFinanceira.pdf	02/08/2017 17:00:12	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia.pdf	02/08/2017 16:59:52	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	02/08/2017 16:55:29	Rafael de Abreu Lima	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

## ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

### PARECER DO COLEGIADO DE CURSO -PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** FATORES QUE INTERFEREM NA FUNÇÃO FAMILIAR DE IDOSOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO
2. **ALUNO(A):** MARA MANOELA DOS SANTOS MATOS
3. **ORIENTADOR(A):** PROF.Me RAFAEL DE ABREU LIMA
4. **INTRODUÇÃO:** Capítulo redigido de forma clara e sucinta, utilizando referências atuais.
5. **JUSTIFICATIVA:** Apresenta justificativa coerente com a proposta apresentada.
6. **OBJETIVOS:** **Geral:** Avaliar a Função Familiar de idosos em tratamento dialítico segundo o questionário APGAR familiar. **Específicos:** Caracterizar idosos segundo dados sociodemográficos, hábitos de vida e clínico / Determinar o APGAR familiar dos idosos internados em Unidade Renal/ Determinar os fatores que interferem na função familiar dos idosos pesquisados. São passíveis de alcance.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. Faz parte do projeto "CUIDADO À PESSOA IDOSA: nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar". Participarão idosos que realizarem hemodiálise no Setor de Nefrologia do HUUFMA no município de São Luis/MA. Coleta programada para dezembro de 2017 a abril de 2018 por meio de Avaliação do estado mental, instrumento para coleta de dados e Avaliação da funcionalidade familiar através do APGAR de Família.
8. **CRONOGRAMA:** Contempla todas as etapas de um projeto de pesquisa.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Adequado
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequada
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Em face a análise realizada no novo projeto apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem, este parecerista sustenta a **APROVAÇÃO**.

São Luís, 24 de abril de 2018.

Bluiana Pereira Costa Rabêlo  
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30/04/2018.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em      /      /     .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia      /      /     .

Mara Manoela dos Santos Matos  
Prof.ª Mara Manoela dos Santos Matos  
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Mara Manoela dos Santos Matos  
Prof.ª Mara Manoela dos Santos Matos  
Coordenadora do Curso de Enfermagem