

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

**ALESSANDRA DA SILVA MARTINS**

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR  
INFORMAL DE IDOSOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

São Luís  
2019

**ALESSANDRA DA SILVA MARTINS**

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR  
INFORMAL DE IDOSOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

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: Dr. Maria Lúcia Holanda Lopes.

São Luís  
2019

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

Martins, Alessandra da Silva.

Avaliação da sobrecarga do familiar cuidador informal de idosos em tratamento dialítico / Alessandra da Silva Martins. - 2019.

59 p.

Orientador(a): Maria Lúcia Holanda Lopes.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís -MA, 2019.

1. Cuidador. 2. Idosos. 3. Sobrecarga. I. Lopes, Maria Lúcia Holanda. II. Título.

**ALESSANDRA DA SILVA MARTINS**

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR  
INFORMAL DE IDOSOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

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**

---

Profa. Dra. Maria Lucia Holanda Lopes (Orientador)  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Me. Rafael de Abreu Lima  
Mestre em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Me. Waldeney Costa Araujo Wadie  
Mestre em Pedagogia Profissional  
Universidade Federal Do Maranhão

Dedico ao meu filho, a razão da minha vida  
e inspiração diária para eu me tornar uma  
pessoa melhor a cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me dar o conforto e sabedoria para enfrentar os obstáculos impostos pela vida.

A Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade de acesso ao curso, propiciando um ensino de excelência.

A minha orientadora Dra. Maria Lucia Holanda Lopes por todos os ensinamentos, suporte e compreensão durante todo o processo de construção desse trabalho.

Aos professores do departamento de Enfermagem por contribuir na formação profissional. Em especial ao professor me. Rafael de Abreu Lima, pelo auxílio e por consentir a minha participação na pesquisa.

A minha mãe Telma Cristina Ferreira da Silva, por todo apoio e incentivo aos meus estudos, proporcionando o suporte para eu continuar em buscar do meu objetivo. Ao meu pai Raimundo Expedito Muniz Martins, por todo o esforço para oferecer o melhor, meu exemplo de vida.

Aos meus amigos, em especial a minha amiga Caroline Vieira Serra, por todo o companheirismo e disposição em ajudar.

Aos amigos da graduação Ana Cláudia Lisboa Serrão, Ana Carolina Oliveira da Silva, Anne Caroline Pereira Matias e Edivaldo Pinheiro Meneses Filho, pelo companheirismo. Obrigada por estarem comigo nessa longa caminhada.

Ao meu grupo de estágio, Elouise Rayanne de Almeida Vasconcelos, Isabelle Diniz Fonseca Sousa, Aime Villeneuve de Paula Guedêlha e Alexia Marielle Damasceno Padilha, por esse um ano de ajuda mútua, nos tornamos uma verdadeira equipe. A Jessica Raiane Freitas Santos, Fernanda da Silva Feitosa e aos demais amigos da academia.

Aos cuidadores familiares dos idosos por aceitarem participar dessa pesquisa.

“Todo dia eu peço a Deus saúde pra trabalhar, que me dê sabedoria e coragem pra lutar e que eu perceba, sim, que só vem até a mim aquilo que eu for buscar”.

(BRAÚLIO BESSA)

## RESUMO

**Introdução:** A família são os principais responsáveis pelo cuidado destinados aos seus membros idosos, constantemente não se encontram preparados para tal ação, gerando uma sobrecarga física, emocional e social. Portanto, é indispensável conhecer o nível de sobrecarga desse cuidador. **Objetivo:** Avaliar a sobrecarga do familiar/ cuidador informal de idosos em tratamento dialítico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 11 familiares/cuidadores de idosos no período de janeiro a abril de 2018 em um Hospital Universitário. Utilizou-se o questionário sociodemográfico, hábitos, clínico, e o QASCI. Os dados foram analisados pelo programa STATA 12.0® **Resultados:** Caracterizou-se predominância do sexo feminino (81,2%), com faixa etária entre 18 e 59 anos (72,7%), não branco (72,8%), com tempo de estudo de 5 anos ou mais (72,8%), ocupação do lar (63,6%), solteiros (54,5%), com renda pessoal (90,9%) e familiar (63,6%) de um salário mínimo ou menos, convivendo com 5 pessoas ou mais (45,4%), tempo que acompanha o idoso de 1 a 3 anos (54,5%). Com estilo de vida de sedentários (90,9%), obesidade (54,5%), não tabagistas (72,8%), etilistas (54,5%), com doença de base (81,8%), sendo mais prevalente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) concomitante ao Diabetes *Mellitus* (DM) (77,7%), sem uso de polifarmácia (77,7%). Com predominância de sobrecarga grave (72,7%), seguido de sobrecarga extremamente grave (27,3%). **Conclusão:** Os familiares cuidadores informais de idosos apresentaram um predomínio de sobrecarga grave, seguido de sobrecarga extremamente grave, com comprometimento sociodemográfico, de hábitos de vida e alterações nas condições clínicas, logo, influenciando a sua saúde física, emocional e vida social.

**Palavras chaves:** Cuidador. Idosos. Sobrecarga

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The family are the main caregivers for their elderly members, constantly not prepared for such action, generating a physical, emotional and social overload. Therefore, it is essential to know the burden level of this caregiver. **Objective:** To evaluate the burden of family members / informal caregivers of elderly people on dialysis treatment. **Methodology:** This is a cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach, conducted with 11 family members / caregivers of the elderly from January to April 2018 in a University Hospital. The sociodemographic questionnaire, habits, clinical and QASCI were used. Data were analyzed using the STATA 12.0<sup>®</sup> program. **Results:** Female predominance (81.2%), aged between 18 and 59 years (72.7%), non-white (72.8%), with time of study of 5 years or more (72.8%), occupation of the home (63.6%), single (54.5%), personal income (90.9%) and family income (63.6%) of a minimum wage or less, living with 5 people or more (45.4%), time accompanying the elderly from 1 to 3 years (54.5%). With a sedentary lifestyle (90.9%), obesity (54.5%), non-smokers (72.8%), alcoholics (54.5%), and underlying disease (81.8%). more prevalent Systemic Arterial Hypertension (SAH) concomitant with Diabetes Mellitus (DM) (77.7%), without polypharmacy (77.7%). With predominance of severe overload (72.7%), followed by extremely severe overload (27.3%). **Conclusion:** The informal family caregivers of the elderly presented a predominance of severe overload, followed by extremely severe overload, with sociodemographic impairment, lifestyle habits and changes in clinical conditions, thus influencing their physical, emotional and social life.

**Keywords:** Caregiver. Seniors. Overload

## LISTA DE FIGURAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de familiares/cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.....	26
Tabela 2. Caracterização dos hábitos de vida, condições clínicas de familiares/acompanhantes de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.....	27
Quadro -1 sobrecarga do familiares dos cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.....	28
Gráfico – 1 Grau de participação dos domínios QAISC na sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.....	29
Tabela 3. Itens com maior frequência de respostas para valores extremos da escala (Não/Nunca ou Sempre) QAISC.....	29

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 OBJETIVOS .....	14
2.1 Geral .....	14
2.2 Específicos .....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	15
3.1 Mudanças Demográficas e a Condição Crônica.....	15
3.2 A Família e o Cuidado .....	17
3.3 Sobrecarga do Cuidador.....	19
3.4 Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal .....	20
4 MÉTODOS .....	23
4.1 Tipo de estudo .....	23
4.2 Local do estudo .....	23
4.3 Amostra do estudo.....	23
4.4 Coleta de dados e instrumentos para pesquisa.....	23
4.5 Análise de dados .....	26
4.6 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS .....	27
6 DISCUSSÃO .....	30
7 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A.....	43
APÊNDICE B.....	.....
ANEXOS .....	48

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015, 14,3% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 29,6 milhões de pessoas (IBGE, 2016). Segundo projeções da ONU (2018) até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%), um aumento na comparação com a taxa de uma em cada 11 (9%) em 2019. Em 2018, pela primeira vez na história, as pessoas com 65 anos ou mais superaram numericamente, em nível global, as crianças com menos de cinco anos. Estima-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050.

O envelhecimento populacional está associado ao aumento das condições crônicas, neste momento as doenças crônicas não transmissíveis correspondem por mais de 70% das causas de morte no Brasil. Impactando tanto os indivíduos, seus familiares quanto à sociedade e o sistema de saúde (IBGE, 2014).

O processo do envelhecimento torna-se difícil quando a pessoa idosa é acometida de alguma doença crônica, grave ou degenerativa, assim é necessário um cuidado intenso, pois a perda de autonomia para as atividades da vida diária, normalmente, é o primeiro fator a ser observado. Diante dessa circunstância, a família se vê obrigada a tomar as providências necessárias quanto aos procedimentos a serem estabelecidos que nem sempre são os mais adequados. Sentindo-se abandonadas e sem apoio, pois não recebem assistência do setor público quando o assunto é cuidado familiar (FIGUEIREDO; MOSER, 2013).

Dentre as crônicas a doença renal está presente na realidade brasileira, sendo caracterizada por lesão renal ou redução da função renal por três ou mais meses, independente do diagnóstico que originou a lesão ou redução da função (IBGE, 2014). De acordo com o diagnóstico médico de insuficiência renal crônica, dentre as pessoas que referiram o diagnóstico, os da faixa etária de 75 anos ou mais de idade apresentaram a maior proporção (3,6%) (IBGE, 2012).

Além do mais, os idosos utilizam os serviços hospitalares de forma mais acentuada do que os demais grupos etários, sendo as internações hospitalares mais frequentes, envolvendo maiores custos institucionais, tratamento de duração mais prolongado e recuperação mais lenta e complicada. Nesse cenário, o processo de hospitalização do idoso, também produz forte impacto sobre a família, dado que,

implica na necessidade de um membro da família acompanhar o idoso durante o processo de hospitalização, instalando-se assim, a figura do familiar acompanhante, que possui a sua permanência em ambiente hospitalar assegurado por lei. (CHIBANTE; SANTO; AQUINO, 2015).

A partir desse panorama, evidencia-se mudança na configuração familiar, que são os principais responsáveis pelo cuidado destinados aos seus membros idosos. A família assume para si a responsabilidade pelos seus membros e, enfrenta uma série de consequências naturais da evolução do ser humano. Dentre elas, se ressalta o envelhecimento e a atividade do cuidado com o idoso, doente ou não (FIGUEIREDO; MOSER, 2013).

Sabemos que a tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios, constantemente dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação. Tornando – se geralmente, uma atividade a mais para a família dentre as que já realizam no cotidiano, esse processo torna-se mais dificultoso quando o idoso apresenta uma condição crônica, sendo necessários cuidados constantes, repetitivos e por períodos indeterminados, podendo gerar uma sobrecarga de trabalho ao familiar cuidador (BRASIL, 2012).

A situação de prestação de cuidados aparenta estar relacionada com a saúde física dos cuidadores, podendo levar a alterações do sistema imunológico, a problemas de sono, fadiga crônica e hipertensão arterial, contudo, é principalmente na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se destacam, revelando níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral (RODRIGUES, 2011).

A sobrecarga dos cuidadores de idosos tem sido avaliada por diversas maneiras, entre elas, aplicação de instrumentos como as escalas desenvolvidas usando a teoria clássica dos itens ou psicometria. O uso desses instrumentos facilitou identificar que o processo de cuidar do idoso pode determinar limitações na vida do cuidador, devido, a falta de tempo para cuidar de si mesmo, abandono do emprego, conflitos conjugais, cansaço permanente, percepção de saúde piorada, tempo prolongado de dedicação ao cuidado e ao fato de não receber ajuda para cuidar do idoso (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Dessa maneira, a sobrecarga de trabalho do cuidador é um fenômeno multidimensional que compreende alterações no estado físico, emocional, desequilíbrio entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido.

Frequentemente o cuidador vê seu estado de saúde e bem-estar serem afetados, sentindo-se incapacitados de enfrentar essa realidade, passando a ser um paciente desconhecido para o serviço de saúde, que requer um diagnóstico precoce e intervenção imediata (GUERRA et al., 2017).

Ainda assim, os profissionais de saúde, na maioria das vezes, direcionam sua atenção à saúde somente para os idosos doentes, não observando as necessidades e particularidades da família e dos cuidadores, visto que é importante para o sucesso das abordagens desenvolvidas pelos profissionais de saúde. E a inaptidão do cuidador para atender às necessidades dos idosos pode gerar ansiedade e ocasionar situações de risco para ambos (BRASIL, 2012).

O reconhecimento de que os cuidadores são componente essencial para a área da saúde, particularmente nas situações crônicas e de longo prazo, tem incitado a investigação dos problemas por eles apresentados. Essa compreensão poderia auxiliar profissionais de saúde no sentido de adequar a assistência prestada às necessidades dos cuidadores, contribuindo para a melhora de sua qualidade de vida (GUERRA et al., 2017).

Diante do exposto, sendo a família a principal responsável pelo cuidado desses idosos, e especificamente os idosos em tratamento dialítico, que demandam cuidados por períodos prolongados, gerando mudanças na qualidade de vida e rotina tanto dos idosos quanto da sua família em decorrência da hospitalização e comprometimento funcional dos membros idosos. Esta pesquisa é de fundamental relevância, pois proporcionará a melhor compreensão das interações da família com a doença, possibilitando, dessa forma, uma atuação diferenciada e melhor qualidade da assistência de Enfermagem ao idoso e à família.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a sobrecarga do familiar, cuidador informal de idosos que realizam tratamento dialítico.

### **2.2 Específicos**

Caracterizar o familiar/cuidador de idosos quanto aos seus aspectos sociodemográfico, hábitos de vida e condições clínicas.

Mensurar a sobrecarga do familiar cuidador de idosos, utilizando o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Mudanças Demográficas e a Condição Crônica

A radical transformação ocorrida no padrão demográfico constitui uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, com reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, o que implicou no crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente ao aumento da população em idade ativa e da população idosa (SIMÕES, 2016).

De acordo com Simões (p.8, 2016):

O Brasil, até as décadas de 1940 e 1950, apresentava um padrão demográfico relativamente estável, de caráter secular. Desde o Século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se, com pequenas oscilações, em patamares regularmente elevados, embora já se pudessem observar, desde o início, pequenos declínios dos níveis de fecundidade. O comportamento reprodutivo da família brasileira, durante todo esse período, se caracterizava por uma concepção numerosa, típica de sociedades precariamente urbanizadas e industrializadas. As transformações no padrão demográfico até então vigente iniciaram-se de forma tímida, a partir dos anos 1940 [...] Esse quadro de mudanças se acentuou após a década de 1960, em decorrência de quedas expressivas nos níveis de fecundidade, redução esta que, quando comparada com situações vivenciadas por outros países, mostra o Brasil realizando uma das transições da fecundidade mais rápidas do mundo.

Segundo Mendes (2012) no Brasil, o índice de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diferentemente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá atingir 19% em 2050, ultrapassando o número de jovens.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (2008), demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas (MENDES, 2012).

Conforme Brasil (2013) as doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

A Doença Renal Crônica (DRC) tem se tornado um importante agravo na saúde pública devido à elevada morbimortalidade e também por repercutir em mudanças que impactam negativamente a qualidade de vida, tanto de seus portadores como dos familiares (JESUS et al., 2018).

A DRC é definida como uma lesão renal que ocorre de maneira progressiva e irreversível e que compromete o funcionamento adequado dos rins. Entre as principais causas da DRC destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e as glomerulonefrites (JESUS et al., 2018).

De acordo com Brasil (2014) é portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma TFG  $< 60 \text{ml/min/1,73m}^2$ . Nos casos de pacientes com TFG  $\geq 60 \text{ml/min/1,73m}^2$ , considerar DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem.

São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso: Albuminúria  $> 30 \text{ mg/24 horas}$  ou Relação Albuminúria Creatininúria (RAC)  $> 30 \text{ mg/g}$ ; Hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS); Alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares; Alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal (BRASIL, 2014).

Podendo ser classificada em cinco estágios; o primeiro caracteriza-se em dano renal com leve perda da função, porém ainda sem reflexo direto na capacidade de filtração. Já o estágio mais avançado é caracterizado por falência renal com taxa de filtração glomerular menor que  $15 \text{ mL/min}$ .<sup>5</sup> Nessa condição, adota-se como tratamento a terapia renal substitutiva (TRS), com as modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal, ou o transplante renal (JESUS et al., 2018).

Atualmente, a hemodiálise é o método de TRS mais utilizado e objetiva a manutenção da vida. Apesar disso, essa terapia e a própria DRC provocam repercussões negativas na vida do indivíduo, que englobam mudanças nos hábitos e na rotina, incluindo o uso contínuo de medicamentos, restrições hídricas, afastamento do trabalho, limitações físicas, nutricionais, do convívio social e familiar,<sup>8</sup> e a dependência de acompanhamento clínico ambulatorial constante (JESUS et al., 2018).

### **3.2 A Família e o Cuidado**

A definição usual para o verbo cuidar é referente à cautela, precaução, zelo, atenção. A necessidade de cuidado está junto ao ser humano, desde o seu nascimento, acompanhando-o pela infância, pela fase adulta, chegando, de forma acentuada, na velhice do indivíduo, pois é na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo (PAVIN, 2013; FIGUEIREDO; MOSER, 2013).

Mesmo sendo uma prática que faz parte da história, o cuidado é algo recente, o ato de cuidar está voltado à manutenção e ao atendimento das necessidades de um sujeito para com o outro, ou seja, prestar atendimento e atenção a alguém, muitas vezes, corresponde a ações voltadas às necessidades físicas e psicológicas, no entanto é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades do ser humano no momento que se encontra doente (PAVIN; CARLOS 2013; FIGUEIREDO; MOSER, 2013).

O cuidado por sua natureza é uma conduta de atenção e carinho, ao mesmo tempo em que é uma preocupação e inquietação, pois o cuidador sente-se afetivamente envolvido e cria uma forte ligação com quem cuida. Isso se intensifica quando o cuidador faz parte diretamente da família (FIGUEIREDO; MOSER, 2013). Aprende – se a cuidar do outro e também passa-se a pensar no cuidado que será necessário dispensar a si próprio no envelhecer, ao considerarmos que muitos cuidadores são familiares, esposas, maridos, irmãos(ãs), filhos(as) ou primos(as) e que tem a chance de vivenciar a velhice ao acompanhar um idoso (PAVIN; CARLOS, 2013).

O cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades

específicas, sem vínculo empregatício. Entre os cuidadores, existem aqueles que desempenham um papel principal e outros que desempenham um papel secundário no auxílio. O cuidador principal assume total ou maior parte da responsabilidade de cuidar e é ele quem realiza a maioria das atividades. Os cuidadores secundários são aqueles familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que complementam o auxílio, geralmente exercendo menor apoio (BRASIL, 2012).

A mulher geralmente apresenta uma maior aptidão para esse tipo de atividade, porque já vivenciou a experiência de estar à frente do cuidado de sua família, e também porque essa é uma expectativa que a sociedade apresenta em relação à figura feminina, fazendo com que determinados conceitos sejam incorporados ao seu modo de ser. Assim, quando um homem tem a necessidade de assumir o papel de cuidador, o trabalho é considerado mais árduo, pois, além dessa função, ele passa também a se responsabilizar por todas as tarefas e cuidados da casa (SCALCO et al., 2013).

De acordo com Ayres et al. (2012) “Para alguns cuidadores, o cuidar está relacionado ao prazer, satisfação da missão cumprida, valorização da pessoa cuidada, retribuição ao cuidado já prestado pela pessoa que está sendo cuidada, algo gratificante”. Contudo, cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar. É necessário compreender que se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos contraditórios (BRASIL, 2008).

No que se refere à convivência familiar, esta se torna grandemente comprometida, já que é no viver cotidiano, palco das relações humanas, com suas potências, limites e afetos, que a pessoa idosa adoecida e sua família compartilham sentimentos e estão afetivamente e afetadamente envolvidos no cuidado. [...] A família, no bojo deste cotidiano, é o pilar fundamental de sustentação do ser humano ao longo do tempo, posto que cuida de cada ente familiar “na” e “para” a vida. E, decerto, a instauração de adoecimento provoca afetamentos diversos que intensificam essa modelagem de cuidados e, conseqüentemente, os rearranjos necessários para provê-los (SOUZA; ARAÚJO; BELLATO, p. 991, 2017).

A maior parte dos familiares que cuidam de uma pessoa idosa concorda que se trata de um dever moral e que existe uma responsabilidade e normas sociais que devem ser respeitadas. Porém, não é esta a única razão que nos leva a cuidar da pessoa idosa. Outros motivos apontados pelos cuidadores são: motivação altruísta, ou seja, para manter o bem estar da pessoa idosa, com quem nos identificamos; reciprocidade, já que fomos antes cuidados por ela; gratidão que recebemos

daqueles que cuidamos; sentimentos de culpa do passado; evitar a censura da família, de amigos e de conhecidos, caso não cuidemos dos nossos familiares idosos. Mesmo que estes possam ser os motivos para que cuidemos dos nossos familiares idosos, o peso de um ou de outro influirá na qualidade, na quantidade e no tipo de ajuda que oferecemos (BORN, 2008).

Conforme Souza, Araújo e Bellato (2017) “O cuidado familiar igualmente se modela a partir do modo como a pessoa e a família experienciam o adoecimento, as relações de afetos e, também, mediante as condições e possibilidades que dispõe para cuidar”. A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, provocando alterações nas funções ou no papel de cada um dentro da família, tais como: a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que além de todas as tarefas agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as 11 tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos (BRASIL, 2008).

### **3.3 Sobrecarga do Cuidador**

Cuidar de uma pessoa supõe um excesso de trabalho e como consequência, não se encontra tempo suficiente para atender às próprias necessidades, geralmente se somar às outras atividades do dia-a-dia fazendo com que o cuidador fique sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados. É possível que não descanse suficientemente, não tenha tempo para dedicar-se a atividades que lhe dão prazer, que não visite os amigos ou simplesmente, não saia de casa. Acrescenta-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida (Brasil, 2008; BORN, 2008).

Por sobrecarga do cuidador, compreendem-se duas dimensões: a objetiva, referente às consequências “visíveis” dos problemas decorrentes das funções de cuidar, sendo caracterizada pelo excesso de assistência ao paciente, alteração na rotina familiar e nos projetos de vida; sobrecarga subjetiva, diretamente associada às questões subjetivas, como o grau de incômodo percebido pelo familiar nos cuidados despendidos ao paciente nas atividades cotidianas (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

A sobrecarga “gera” sentimentos que podem influenciar diretamente na qualidade do cuidado prestado, isto porque um cuidador estressado e ansioso não consegue realizar o cuidado de forma integral e tranquilo. Além disso, pode levá-lo a uma série de consequências, físicas e emocionais\psicológicas, que geram as doenças psicossomáticas, a hipertensão arterial, entre outras (MANOEL et al., 2013).

A insegurança é um fator marcante nesta fase inicial pela inexperiência relacionada a essa nova tarefa assumida de forma inesperada. Depois eles reconhecem que não apresentam outra opção diante do fato, muitas vezes por não existir outra pessoa da família com disponibilidade para exercer essa tarefa, sendo difícil transferir essa responsabilidade para outra pessoa não relacionada à família como, por exemplo, cuidadores remunerados, pois não são todas as famílias que apresentam condições financeiras para possibilitar esse tipo de auxílio (SCALCO et al., 2013).

Em certos momentos o cuidador informal é tomado por sentimentos de raiva, culpa, medo, angustia, confusão, cansaço. Tais sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos pelos que cercam o cuidador, pois faz parte da relação entre ele e a pessoa cuidada (FIGUEIREDO; MOSER, 2013).

Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada (BRASIL, 2008). A sobrecarga emocional pode conduzir à depressão, isolamento, podem ser observados sentimentos de anulação pessoal, incompetência pelo desempenho do papel de cuidador e ausência de reconhecimento do seu desempenho funcional (BRASIL, 2012).

Quando um cuidador está disponível somente para esse fim, a carga sobre ele pode ser muito significativa, sendo muito importante haver opções de lazer e outras atividades, mesmo que voltadas as necessidades emanadas pelo idoso (FIGUEIREDO; MOSER, 2013).

### **3.4 Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal**

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido em Portugal por Martins, Ribeiro e Garret (2003) validado e adaptado

para o Brasil por Monteiro, Mazin e Dantas (2015), para aferir a sobrecarga física, emocional e social em cuidadores informais de idosos ou de pessoas dependentes em, pelo menos, uma atividade de vida diária, incluindo cuidadores de doentes com sequelas motoras graves, doenças cardíacas, respiratórias, digestivas, vasculares, diabetes, cataratas, glaucoma e cegueira (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O QASCI é composto por 32 itens, que integram sete dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens – 11 a 55 pontos); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens – 5 a 25 pontos); Reações às exigências (cinco itens – 5 a 25 pontos); Sobrecarga emocional (quatro itens – 4 a 20 pontos); Apoio familiar (dois itens – 2 a 10 pontos); Sobrecarga financeira (dois itens – 2 a 10 pontos) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens – 3 a 15 pontos). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência que varia de um a cinco categorias de respostas: “1- Não/nunca”, “2- Raramente”, “3- Às vezes”, “4- Quase sempre”, “5- Sempre”.

Segundo Martins, Ribeiro e Garrett (2003), no domínio Sobrecarga emocional é colocado sentimentos negativos apresentados pelo CI, responsáveis por causar conflitos internos com direcionamento para fuga da situação. O domínio Implicações na vida pessoal do cuidador compreende avaliar consequências negativas como redução do tempo disponível para prática de outras atividades, saúde comprometida e restrições no âmbito da vida social. O domínio Sobrecarga financeira avalia dificuldades econômicas relacionadas a condição de dependência do familiar alvo de cuidados e a falta de projeção futura por incerteza situacional.

O domínio Reações a exigências compreende emoções negativas como a ideia de manipulação, sentimentos ofensivos ou situações constrangedoras causadas pelo comportamento do Idoso. O domínio Percepção dos mecanismos de eficácia e controle auxilia o cuidador a enfrentar problemas relacionados ao seu desempenho de papel. O domínio Suporte familiar faz referência a como a família apoia e reconhece o esforço do cuidador. O domínio Satisfação com o papel e com o familiar condiz com um grupo de sensações e emoções positivas referentes ao desempenho do papel do cuidador e do relacionamento estabelecido entre ambos.

O escore final resulta da soma total das respostas obtidas para os 32 itens (intervalo possível de 32 a 160) referentes a cada domínio, divididos pelo número total de domínios ou por meio da média dos itens (intervalo de um a cinco), após a inversão das pontuações dos itens das três dimensões positivas. Aferimos que os

valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

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

### **4.2 Local do estudo**

O estudo ocorreu no Serviço de Nefrologia (Setor de Diálise) no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, Unidade Presidente Dutra localizada 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 Amostra do estudo**

A amostragem foi por conveniência e constituiu-se de 11 familiares/cuidadores de idosos em tratamento dialítico e os critérios de inclusão foram: até um familiar/cuidador 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 casado. E os critérios de exclusão foram: ser cuidador profissional e com vínculo empregatício com o idoso e/o familiar.

### **4.4 Coleta de dados e instrumentos para pesquisa**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2018, com familiares/cuidadores de idosos que estiveram em tratamento no 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 para os familiares/acompanhantes ocorreram em local de privacidade e em momento oportuno e foram 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, tipo de vínculo com idoso e tempo que acompanha o idoso no hospital ) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal – IMC), dados clínicos (doenças de base, uso de medicamentos no domicílio e quantidade) (Apêndice B). O segundo instrumento é Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI.

Com relação ao estilo de vida, foram considerados tabagistas todos os idosos que fumavam ou tinham parado de fumar, e etilista aquele que, no período da entrevista, referem fazer uso de bebida alcoólica, independente de quantidade e frequência. O nível de atividade física será estabelecido em sedentário (qualquer sujeito da pesquisa que não realize atividade física ou realizá-lo de forma esporádica = 1x/semana, com tempo menor de 30 minutos) e ativo (qualquer sujeito da pesquisa que realize 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 do convite aos sujeitos da pesquisa para aferir o peso atual (em quilogramas) e altura (em centímetros). O peso corporal foi coletado por balança eletrônica do tipo plataforma com capacidade para 150kg e graduação em 100g (CAUMAQ® EB 1003). Para a estatura o estadiômetro (SECA), com escala em milímetros, fixado na balança. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado por meio da divisão entre a massa corporal e a estatura ao quadrado de cada indivíduo. Os valores do IMC foram categorizados por meio do estado nutricional para adultos, conforme a proposta da Organização Mundial da Saúde, tendo como critérios os seguintes pontos de corte: Adultos (eutrófico: entre 18,5 e 24,99 kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso: entre 25 e 29,99 kg/m<sup>2</sup> e obesidade: acima de 30 kg/m<sup>2</sup>).

O QASCI é composto por 32 itens, que integram sete dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens – 11 a 55 pontos); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens – 5 a 25 pontos); Reações às exigências (cinco itens – 5 a 25 pontos); Sobrecarga emocional (quatro itens – 4 a 20 pontos); Apoio familiar (dois itens – 2 a 10 pontos); Sobrecarga financeira (dois itens -2 a 10 pontos) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens – 3 a 15 pontos). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência que varia de um a cinco categorias de respostas: “1- Não/nunca”, “2- Raramente”, “3- Às vezes”, “4- Quase sempre”, “5-

Sempre”. O escore final resulta da soma total das respostas obtidas para os 32 itens (intervalo possível de 32 a 160) referentes a cada domínio, divididos pelo número total de domínios ou por meio da média dos itens (intervalo de um a cinco), após a inversão das pontuações dos itens das três dimensões positivas. Aferimos que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O domínio sobrecarga emocional, abrange um conjunto de emoções negativas focalizados no CI, com sérias repercussões na sua vida, como conflitos internos, vontade de fuga à situação. Exemplo de um item: 1- Sente vontade em sair da situação em que se encontra?

Implicações na vida pessoal correspondem a um conjunto de situações, as quais podem provocar alterações e impacto na vida pessoal, como diminuição de tempo disponível, saúde afetada, e ainda a necessidade de alterar um conjunto de hábitos para poder dar resposta às necessidades do familiar. Exemplo de um item: 5- Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidado do seu familiar?

Sobrecarga financeira refere-se às dificuldades econômicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativamente ao futuro. Exemplo de um item: 16- Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando de conta do seu familiar?

Reações a exigências, engloba um conjunto de sentimentos negativos como a percepção de ser manipulado, ou a presença de comportamentos por parte do familiar, capazes de provocar sobrecarga emocional. Exemplo de um item: 18 - Já se sentiu ofendido (a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?

A percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo, integra um conjunto de aspectos que capacitam ou facilitam o cuidador a continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. Exemplo de um item: 25- Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?

Apoio familiar associa – se com o reconhecimento e o apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar. Exemplo de um item: 26- A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?

A satisfação com o papel e com o familiar integra um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação

afetiva que se estabelece entre ambos. Exemplo de um item: 28 - Sente-se bem por estar tomando conta o seu familiar?

A autora da escala sugere o seguinte: que o valor zero indica ausência de sobrecarga; 1 a 25 sugere uma sobrecarga ligeira; 25 a 50 corresponde a uma sobrecarga moderada; de 50 a 75 indica uma sobrecarga grave e uma pontuação acima de 75 corresponde a uma sobrecarga extremamente grave.

Para identificar os domínios que contribuíram para uma maior sobrecarga, os itens de cada dimensão foram somados; e a este valor foi subtraído o valor mínimo possível no domínio. Este valor foi dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível no domínio, por fim para que a leitura fosse efetuada em percentagem, multiplicou-se o resultado por 100.

$$\frac{\Sigma - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL<sup>®</sup>. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (média ± DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados foram analisados no programa STATA 12.0<sup>®</sup>.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa atendeu as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HUUFMA sob Parecer Consubstanciado Nº 2.306.474.

## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 11 idosos em tratamento dialítico do Serviço de Nefrologia do HUUFMA, ocorrendo 3 perdas, sendo 2 por recusa em participar da pesquisa e 1 idosos que tinha recomendação para transplante renal.

A tabela 1 nos mostra, em relação ao perfil sociodemográfico, o estudo revelou familiares do sexo feminino (81,2%), com faixa etária entre 18 e 59 anos (72,7%), não branco (72,8%), com tempo de estudo de 5 anos ou mais (72,8%), ocupação do lar (63,6%), procedentes da capital (45,4%), solteiros (54,5%), com renda pessoal (90,9%) e familiar (63,6%) de um salário mínimo ou menos, em sua maioria convivendo com 5 pessoas ou mais (45,4%) e tempo que acompanha o idoso de 1 a 3 anos (54,5%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de familiares cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018. (continua)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	18,2
Feminino	9	81,8
<b>Faixa etária</b>		
18 – 59 anos	8	72,7
>60 anos	3	27,3
<b>Cor</b>		
Branco	3	27,2
Não Branco	8	72,8
<b>Tempo de estudo</b>		
≤ 4 anos	3	27,2
≥ 5	8	72,8
<b>Ocupação</b>		
Do Lar	7	63,6
Comerciante	3	27,2
Estudante	1	9,2
<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

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de familiares cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018. (conclusão)

<b>Tempo que acompanha o idoso</b>		
1 a 3 anos	6	54,5
3 a 5 anos	3	27,2
+ 5 anos	2	18,3

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelo autor.

A tabela 2, tendo em consideração os hábitos de vida e condições clínicas, o estudo apontou cuidadores com obesidade (54,5%), não tabagistas (72,8%), etilistas (54,5%), sedentários (90,9%), com doença de base (81,8%), sendo mais prevalente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) concomitante ao Diabetes *Mellitus* (DM) (77,7%), Sem uso de polifarmácia (77,7%).

Tabela 2. Caracterização dos hábitos de vida, condições clínicas de familiares cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tabagismo</b>		
Sim	3	27,2
Não	8	72,8
<b>Etilismo</b>		
Sim	6	54,5
Não	5	45,5
<b>Sedentarismo</b>		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
<b>IMC</b>		
Eutrófico	1	9,1
Sobrepeso	4	36,4
Obesidade	6	54,5
<b>Doenças de Base</b>		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
<b>Polifarmácia</b>		
Sim	4	36,4
Não	7	63,6

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelo autor.

No quadro 1, quanto à sobrecarga avaliada, verificou-se através da aplicação do QASCI que todos os familiares cuidadores informais apresentaram sobrecarga. Considerando os níveis de sobrecarga 72,7% deles demonstraram sobrecarga grave e 27,3% sobrecarga extremamente grave.

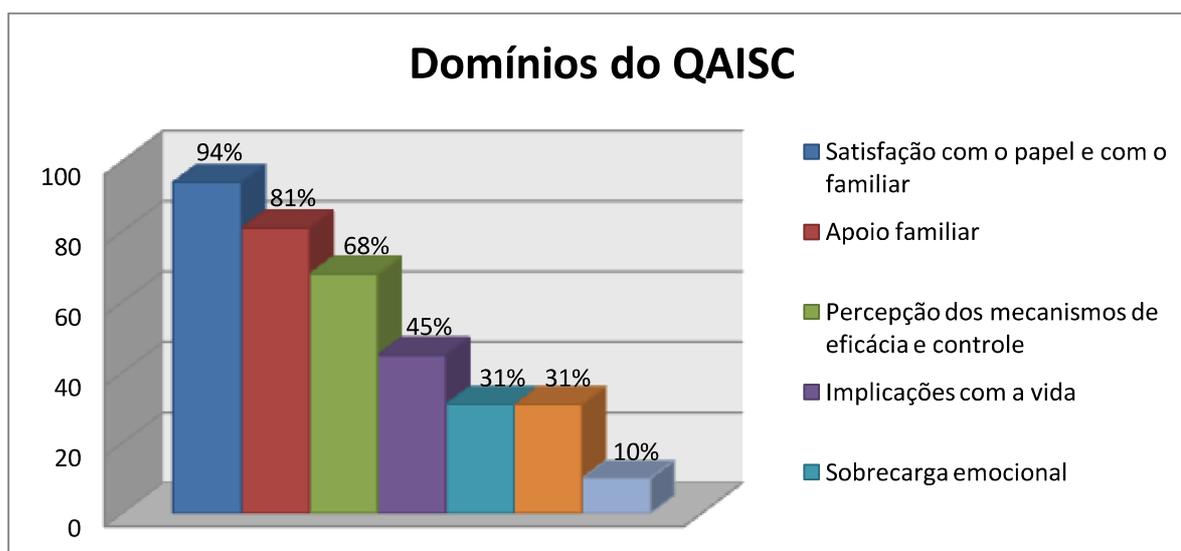
Quadro -1 sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.

Tipo de sobrecarga	n	%
1 A 25 ligeira sobrecarga	--	--
26 a 50 sobrecarga moderada	--	--
51 a 75 sobrecarga grave	8	72,7
>76 sobrecarga extremamente grave	3	27,3

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelo autor.

No gráfico 1, obteve - se a maior pontuação no componente Satisfação com o papel e com o familiar (94%), seguidos de Apoio familiar (81%), Percepção dos mecanismos de eficácia e controle (68%), Implicações com a vida (45%), Sobrecarga emocional e financeira obtiveram (31%) e a menor pontuação Reações a exigências (10%).

Gráfico – 1 Grau de participação dos domínios QAISC na sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos em tratamento dialítico de um Hospital Universitário. São Luís - MA, 2018.



Fonte: autoria própria, 2019.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelou que os familiares de idosos em tratamento dialítico possui sobrecarga grave, mostrando a importância em avaliar a sobrecarga desses cuidadores informais, pois não estão conseguindo se adaptar a essa nova realidade, podendo levar a um aumento do sofrimento vivido.

No que diz respeito ao predomínio de mulheres cuidadoras de idosos, é uma característica frequente encontrada em diversos estudos (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; SANTOS et al., 2017; BORN; SÁ; CARDOSO, 2017 ). Reforçando que a prática das mulheres no exercício do cuidar de membros da família tem raízes históricas (MEIRA et al., 2017). Segundo Ferreira, Isaac e Ximenes (2018), desde tempos remotos há distinções entre tarefas realizadas por cada gênero, sendo tal demarcação de funções uma construção cultural ensinada ao longo de gerações. Não seria diferente quando se reflete acerca da atividade de cuidar de idosos. Sendo assim, as mulheres assumem o papel de cuidadora principal na família, acumulando a responsabilidade pelas tarefas domésticas e pelo cuidado dos filhos (FERREIRA; ISAAC; XIMENES, 2018; MEIRA et al., 2017).

De acordo com Rodrigues (2011), existe associação entre ser do sexo feminino e apresentar maiores níveis de sobrecarga. Contudo, sendo o papel de cuidador mais estressante em mulheres, pois, estão predispostas a mais problemas e conflitos, pelo investimento que estas fazem nas relações interpessoais.

Quanto a faixa etária, variando entre 18 e 59 anos. Resultado similar foi encontrado em estudo (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; HENRIQUES; CABANA; MONTARROYOS, 2018). Segundo Costa et al. (2015) muitas vezes, o cuidador nesta idade, tem que conciliar suas atividades diárias, que também são de sua competência, como trabalhar, cuidar da casa e dos filhos, com o cuidado prestado ao familiar dependente, ocasionando assim um acúmulo de papéis.

Por outro lado Anjos et al. (2017), Santos et al. (2017), Seima e Lenardt (2011) destacou o número expressivo de cuidadores com idade superior a 60. O idoso cuidador, ao assumir a sobrecarga do cuidado, pode torna-se doente, ou até mesmo agravar patologias já estabelecidas, sendo submetido a esforços físicos e emocionais, sem suporte ou informação (PAIVA, 2015).

Na variável cor, a maioria declarou-se não brancos (pretos e pardos). Corroborando com pesquisas de Anjos et al. (2017) e Muniz et al. (2016). Podendo essa situação estar relacionada à miscigenação muito comum nesta região do país.

Quanto a escolaridade, 72,8% estudaram por 5 anos ou mais. Resultado equivalente ao estudo de Mendes et al. (2019). Em contrapartida, na pesquisa realizada por Muniz et al. (2016) os cuidadores apresentavam baixa escolaridade, um a quatro anos de estudo (35%).

A escolaridade é um fator considerável para a qualidade do cuidado com o idoso, uma vez que, eles que recebem as orientações da equipe de saúde. Portanto, os cuidadores com baixa escolaridade apresentam dificuldades em algumas atividades diárias, tais como: a dieta recomendada a um idoso, a administração de remédios, entender dosagens, vias de administração (SANTANA et al., 2018; CABRAL; NUNES, 2015). Pode interferir nos sentimentos dos cuidadores, visto que a baixa escolaridade dificultaria a compreensão do que acontece com o paciente, acarretando um maior nível de sobrecarga do familiar (PEREIRA et al., 2013).

Em relação a ocupação do lar (63,6%) corroborou com estudos de Santos et al. (2017), Monteiro, Mazin e Dantas (2015), Seima e Lenardt (2011). De acordo com Rodrigues (2011) os cuidadores que se mantêm profissionalmente ativos apresentam menores níveis de sobrecarga em relação aos não ativos, pois, o tempo que destinam a cuidar é menor, tendo em conta o tempo que gastam no local de trabalho. Já os cuidadores afastados da atividade profissional, apesar de disporem de mais tempo, sentem mais repercussões na vida pessoal e tornam-se menos tolerantes com os seus familiares.

Relativamente à procedência, 45,4% eram da capital. Entretanto, apesar da amostra predominante aparentar ser de cuidadores da capital, ao quantificar as amostras dos cuidadores do interior e de outro estado, obteve-se o total de 54,6% de cuidadores não procedentes da capital. Resultado semelhante a pesquisa realizada por Born, Sá e Cardoso (2017). Pensa-se que o deslocamento permanente desses cuidadores pode gerar uma sobrecarga maior, do que naqueles procedentes da capital. Ademais, a hospitalização de um familiar impõe ao acompanhante a vivência de situações de desconforto, necessitando adaptar-se a um cenário hostil, sem comodidade, tendo que se ajustar às normas e rotinas da instituição, enfrentando situações de angústia e conformidade, condições estas que alteram os seus hábitos e rotinas (CHIBANTE, SANTO, AQUINO, 2015).

Quanto ao estado civil, 54,5% eram solteiros. Resultado homólogo a pesquisa realizada por Mendes et al. (2019). Em compensação, nos estudos de Chaves et al. (2017) e Santos et al. (2017) a maioria eram casados ou com união estável. De acordo com Nakatani et al. (2003) as mulheres solteiras costumam realizar, com maior frequência, o papel de cuidadora informal, sendo as mais pressionadas pelos familiares para essa função, basicamente, por não possuírem uma família constituída, o que as tornam mais disponíveis para cuidar dos pais e avós. Contudo, não ter um companheiro pode ser um fator negativo e dificultador, por não dispor de um apoio para as atividades desenvolvidas (PEREIRA et al., 2013).

Outro dado analisado foi a renda pessoal e familiar, onde constatou maior frequência de um salário mínimo ou menos. Resultado equivalente a pesquisa de Anjos et al. (2017). No entanto, em pesquisa realizada por Born, Sá e Cardoso. (2017) mesmo com sobrecarga, a renda familiar do foi de 3 a 4 salários mínimos. Um menor nível econômico predispõe a maior sobrecarga, dado que, um baixo rendimento familiar, adicionado a condições habitacionais precárias interferem nos níveis de sobrecarga do cuidador (RODRIGUES, 2011).

Quanto a variável convívio, com 5 pessoas ou mais. Resultado aproximado de Santana et al. (2018). Com referência ao desempenho de cuidar do idoso, nem sempre o convívio com varias pessoas é sinônimo de divisão de tarefas, se o cuidado não for distribuído entre os membros da família, poderá ocorrer o excesso de responsabilidade, sobrecarga e exaustão advindas desta atividade (Santos et al, 2017).

Segundo Henriques, Cabana e Montarroyos (2018) não dispor de outro cuidador na família é um fator considerável para o aumento do nível de sobrecarga do cuidador. Além do mais, é provável que não descanse suficientemente, não tenha tempo para realizar atividades que lhe dão prazer, que não visite os amigos ou simplesmente, não saia de casa (Brasil, 2008; BORN, 2008).

Tendo em consideração o tempo que acompanha o idoso, com maior frequência de 1 a 3 anos. Resultado equivalente a estudo de Santana et al., (2018) onde todos acompanham há mais de um ano. Entretanto, para Seima, Lenardt (2011) referiram cuidar há mais de três anos. De acordo com Rodrigues (2011) quanto maior o tempo de dedicação à prestação de cuidados menor é a sobrecarga, o que pode ser explicado pelo fato de com o tempo o cuidador desenvolver mais

habilidades, obter mais informação, proporcionando-lhe maior facilidade em utilizar os recursos sociais disponíveis.

Com relação aos hábitos de vida e condições clínicas, o estudo apontou cuidadores não tabagistas (72,8%), etilistas (54,5%), sedentários (90,9%), com obesidade (54,5%), doença de base (81,8%), sendo mais prevalente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) concomitante ao Diabetes *Mellitus* (DM) (77,7%), Sem uso de polifarmácia (77,7%).

Relativamente aos hábitos não tabagistas e etilistas, resultado similar encontrado no estudo de Santana et al. (2018). De acordo com Vieira et al. (2015) o álcool é apontado como estimulador do apetite, pois, apresenta implicações no sistema nervoso central. Possui um valor energético que dependendo da quantidade, frequência e modo de consumo ingerido, tem a capacidade de aumentar as necessidades calóricas diárias de um indivíduo, levando-o ao sobrepeso. Ademais, sugere-se que o consumo de álcool possa ser usado como uma forma de escape para a fuga dos problemas e dificuldades enfrentadas na tarefa do cuidar do seu familiar idoso.

Quanto ao predomínio do sedentarismo, corroborou com pesquisa (MUNIZ et al., 2016). O sedentarismo apresenta risco pessoal de adoecimento, não amenizado o processo de declínio das funções orgânicas, dessa maneira, contribui para o surgimento de doenças como: as cardiovasculares, HAS, DM e a obesidade. A prática regular de exercício físico desvia os fatores de risco comuns a terceira idade, estimula o indivíduo a realizar suas atividades de vida diária, assim como influi no funcionamento do sistema imunológico, aumenta a autoestima, alivia o estresse, estimula o convívio social, promovendo bem-estar e um envelhecimento bem sucedido (VIEIRA et al., 2015).

Em referência a obesidade, corroborou com pesquisa sobre a qualidade de vida dos familiares de idosos que acompanham as internações hospitalares, no município de Porto Alegre realizado por Pavin e Carlos (2013) onde os cuidadores que notaram mudanças de saúde, afirmam que, durante a hospitalização de seu familiar, observaram ganho de peso e má alimentação.

A obesidade é o acúmulo excessivo de gordura corporal, procedida de um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida e a energia consumida. Este descontrole pode se originar de diversos fatores, dentre eles, o estilo de vida,

ambiente, os fatores sociais, econômicos, endócrinos e metabólicos (VIEIRA et al., 2015).

Quanto a variável doença de base, de elevada frequência, corroborou com estudos de Santana et al. (2018), Seima e Lenardt (2011). No que tange a prevalência de HAS concomitante ao DM. Corroborou com pesquisas de Garbaccio, Tonaco (2019) e Muniz et al. (2016).

O avanço da idade é acompanhado de mudanças esperáveis em quase todos os órgãos e sistemas do corpo, com predisposição à diminuição da reserva funcional. Ocorrendo um aumento da prevalência de doenças crônicas que surgem ao longo da vida, até mesmo durante o processo do envelhecimento, e afeta a qualidade de vida devido à redução da capacidade de recuperar os parâmetros fisiológicos normais (GUERRA et al., 2017; KOBAYASI et al., 2019). Condiz com o perfil da população brasileira feminina, onde se tem muitas mulheres com doenças crônicas, porém em tratamento.

A HAS e o DM estão entre as patologias mais comuns diagnosticadas na velhice, estando intimamente relacionados à obesidade e sobrepeso, sendo capaz de ocasionar maior mortalidade, visto que o aumento do peso corporal favorece o aparecimento e agravamento de complicações crônicas (VIEIRA et al., 2015).

Sobre não fazer uso de polifarmácia. Resultado similar encontrado em pesquisa de Seima e Lenardt (2011) onde 66% relataram fazer uso de uma ou mais medicações. Ainda assim, segundo OMS a polifarmácia é o uso rotineiro de quatro ou mais medicamentos simultâneos por um paciente. Sejam eles prescritos, isentos de prescrição ou outros medicamentos tradicionais.

Acerca da sobrecarga dos familiares cuidadores, avaliada através do QAISC, este estudo constatou níveis elevados de sobrecarga, com 72,7% sobrecarga grave e 27,3% sobrecarga extremamente grave. Corroborando com estudos de Mendes et al. (2019), Monteiro, Mazin e Dantas (2015), que utilizaram o mesmo instrumento.

Ao assumir o papel de acompanhante do idoso hospitalizado em tratamento dialítico, o familiar além de passar a conviver em um ambiente diferente precisa também reorganizar todas as suas atividades anteriores, o que desencadeia uma série de mudanças na sua rotina e implica também na permanência por longos períodos no hospital, o qual geralmente não oferece condições adequadas de infraestrutura e suporte a esse familiar que se vê enfrentando a doença do seu

familiar e a necessidade de ter que se adaptar a uma situação geradora de desgaste físico e mental (CHIBANTE, SANTO, AQUINO, 2015).

Os domínios com maior participação na sobrecarga dos cuidadores familiares foram Satisfação com o papel e com o familiar (94%), Apoio familiar (81%) e Percepção dos mecanismos de eficácia e controle (68%). Corroborando com estudo de Santana et al. (2018) com 90% de Apoio Familiar, 86% Satisfação com o Papel e com o Familiar e 82% Mecanismo de Eficácia.

Em contrapartida para Loureiro (2009) os domínios que contribuíram para uma maior sobrecarga dos cuidadores familiares foram Sobrecarga emocional, Implicações com a vida e Reações a exigências.

À vista disso, os resultados obtidos neste estudo evidenciam a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores familiares. No qual referiram não se sentir bem por estar tomando conta do seu familiar e nem mais próximo (a) por estar cuidando dele. Sugerindo o não reconhecimento de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e a fragilidade na relação afetiva estabelecida entre ambos (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

De acordo com Ferreira (2016) o considerável aumento no número de responsabilidades e atividades a serem realizadas, a diminuição da vida social e a falta de tempo para os cuidados pessoais ou realização de atividades prazerosas podem resultar na associação da atividade de cuidado somente a fatores onerosos e que produzem sentimentos negativos, anulando uma possível percepção de satisfação ao exercer essa função.

Além de tudo, pode despontar a raiva para com a pessoa idosa, por ter que sacrificar muitas vezes sua vida pessoal (marido, namorado, filhos, amigos, lazer, carreira profissional), e dos outros membros da família, por ter depositado nele (a) essa tarefa. O sentimento de culpa aparece diante da suposição de não estar cumprindo com seu papel familiar, que muitas vezes é ocasionado pela falta de conhecimento ou de informação de como lidar com a pessoa idosa. Conseqüentemente a sensação de impotência e frustração, poderá desencadear um quadro de estresse e depressão, ou até levá-lo (a) a cometer alguma forma de violência involuntária contra a pessoa idosa (BORN, 2008).

Ainda, sentimentos de tristeza, de cansaço, físico e mental, ou seja, modificações nos hábitos do dia a dia e novos sentimentos, sensações de cansaço e esgotamento decorrentes do elevado grau de estresse (PAVIN; CARLOS, 2013).

Os familiares também relataram não terem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar e não se sentem capazes de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo. Sentindo-se incapacitados para continuar enfrentando os problemas decorrentes do desempenho desse papel. Em estudo (SCALCO et al., 2013), a maioria dos cuidadores entrevistados relatou que o ato de cuidar era uma atividade difícil, observando que, quando a pessoa idosa demonstra sua incompreensão, isso entristece o cuidador, sobrecarregando-o psicologicamente.

Ademais, a mudança típica na família, é a inversão de papéis, por exemplo, a filha se transforma na cuidadora da sua mãe, alterando assim a direção habitual em que se produz o cuidado de pais e filhos. Esta mudança de papéis requer uma nova mentalidade quanto ao tipo de relação que existia anteriormente entre pais e filhos e exige do cuidador um esforço de adaptação (BORN, 2008).

Os cuidadores afirmaram que o familiar não mostra gratidão pelo que ele está fazendo. Segundo Scalco et al. (2013) mesmo os cuidadores realizando todas as tarefas solicitadas pelo idoso com toda dedicação, eles dificilmente ficam totalmente satisfeitos.

Os cuidadores mencionaram que o familiar (que não vive com ele) não reconhece o seu trabalho, por estar cuidando do seu familiar e que não recebem apoio da família. Indicando o não reconhecimento e apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar.

Corroborando com Pavin e Carlos (2013), onde alguns cuidadores entrevistados dizem ter sentimentos negativos, evidenciando a raiva em relação aos demais familiares que não auxiliam nos cuidados. Conforme Born (2008) por vezes, o mal estar com outros membros da família é devido aos sentimentos do cuidador principal de que o resto da família não é capaz de apreciar o esforço que realiza.

Inúmeros dos problemas físicos, emocionais e sociais dos cuidadores estão relacionados com características da pessoa em situação de dependência e com a relação que se estabelece entre ambos. Considera-se que existem alguns fatores determinantes na sobrecarga física, social e emocional do cuidador, tal como, a idade e a escolaridade do cuidador, o sexo, a situação de emprego, o grau de parentesco e a relação afetiva que o familiar cuidador estabelece com a pessoa dependente, o número de horas que despense a cuidar do familiar, o estado de saúde do familiar e se tem ajuda na prestação dos cuidados (RODRIGUES, 2011).

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a avaliação da sobrecarga do familiar cuidador de idosos em tratamento dialítico, revelando um predomínio de sobrecarga grave, seguido de sobrecarga extremamente grave.

Identificamos e percebemos um perfil de cuidadores com comprometimento sociodemográfico, de hábitos de vida e condições clínicas, como a baixa escolaridade, baixa renda, ocupação, procedência, tempo que acompanha o idoso, etilismo, sedentarismo, obesidade, e presença de doença, logo, influenciando a sobrecarga mensurada.

Assim, está pesquisa ratificou que a situação de prestação de cuidados está relacionada com a saúde física e emocional dos cuidadores, além do que identificou fatores determinantes na sobrecarga física, emocional e social dos familiares cuidadores. Demonstrando a importância do instrumento QASCI para a identificação e avaliação de situações em que os cuidadores estão sujeitos a enfrentar nesse processo de cuidar que por vezes acaba sendo um caminho difícil para adaptar-se, podendo ser desencadeado um processo de sobrecarga de diversas naturezas. a fim de auxiliar para a realização de intervenções eficientes para a melhora da qualidade de vida dos cuidadores que acompanha os idosos em tratamento de hemodiálise. Bem como, a melhoria da assistência de Enfermagem prestada aos familiares cuidadores, quanto as suas necessidades.

Como limitações do estudo, pode-se apontar a falta de dados sobre o peso de cada resposta na sobrecarga final dos cuidadores, que poderiam ampliar a discussão sobre a temática se relacionando com outros dados apresentado. Porém acredita-se que os dados deste estudo podem se constituir como referência para ações voltada as necessidades dos familiares cuidadores em tratamento dialítico.

Sugere-se que o enfermeiro possa estar utilizando deste instrumento em sua rotina de trabalho para avaliar o cuidador familiar do idoso hospitalizado, podendo desenvolver estratégias para fortalecer sua assistência. E realizar ações com os familiares durante o momento do acompanhamento, como atendimento multiprofissional, atividades lúdicas, orientações para o melhor aproveitamento do tempo livre.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, K. F dos. et al. Características de idosos e de seus cuidadores. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, V. 11, n. 3, p. 1146-1155, mar, 2017.
- ANJOS, K. F. d; BOERY, R. N. S. D. O; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, Jul/Set, 2014.
- Bom, FS; Sá SPC; Cardoso, RSS. Sobrecarga em cuidadores de idosos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 1, p. 160-164, jan, 2017. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201719.
- BORN, Tomiko. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- BRASIL. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos.pdf>. Acesso em: 9 nov 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.
- 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. p.: 37 p.: il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- CABRAL, B. P. A. L, NUNES, C. M. P. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 118-127, jan/abr, 2015.
- CHIBANTE, C.L.P; SANTO, FHE, AQUINO, ACO. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 2961-2973, jul/set, 2015.

COSTA et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc Anna Nery Rev de Enferm**. Rio de Janeiro V. 19, n. 2, p. 350-355, abr/jun, 2015.

FERREIRA, C. R; ISAAC, L; XIMENES, V. Cuidar de idosos: um assunto de mulher?. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, abr, 2018.

FIGUEREDO, T. E; MOSER, L. **ENVELHECIMENTO E FAMÍLIA**: reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. 2013. Disponível em:[http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Envelhecimento-e-familia-refle x%C3%B5es-sobre-a-responsabiliza%C3%A7%C3%A3o-familiar-os-desafios-aspol%C3%ADticas-sociais.pdf](http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Envelhecimento-e-familia-refle-x%C3%B5es-sobre-a-responsabiliza%C3%A7%C3%A3o-familiar-os-desafios-aspol%C3%ADticas-sociais.pdf). Acesso em: 15 nov 2017.

GARBACCIO, J. L; TONACO, L. A. B. Características e Dificuldades do Cuidador informal na Assistência ao Idoso. **Rev Fund Care Online**, v.11, n. 3, abr./jun, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>

GUERRA, H. S et al. Sobrecarga do cuidador domiciliar. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 179-186, abr/jun, 2017.

GUERRA, H. S. et al. Sobrecarga do cuidador domiciliar. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 179-186, abr./jun, 2017.

HENRIQUES, R. D. T. M; CABANA, M. C. F. D. L; MONTARROYOS, U. R. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos. **Mental**, Barbacena-MG, v. 12, n. 22, p. 35-52, Jan/Jun, 2018.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde 2013 percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> . Acesso em: 9 nov 2017.

KOBAYASI, D. Y. et al. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Rev Fund Care Online**, v.37, n. 2, p. 140-148, abr/jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>

MACHADO, B. M.; DAHDAH, D. F.; KEBBE, L. M. Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. **Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos**, v. 26, n. 2, p. 299-313, 2018.

MACHADO, M. F. et al. Relações familiares e nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc Anna Nery Ver Enferm**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 346-353, abr/jun, 2013.

MARTINS T, RIBEIRO J. P, GARRETT C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicol Saúde Doenças**

[Internet]. 2003 [cited 2014 Dec 17]; 4(1):131-48. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.12/1050>.

MEIRA, E. C. et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1- 8, abr/jun, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20170046

Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MONTEIRO, E. A, MAZIN, S. C; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 3, p. 421-428, mai/jun, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>

MUNIZ, E. A et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, jul/set, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611013.

NAKATANI, A. Y. K et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 15 – 20, 2003.

Organização das Nações Unidas. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu/>. Acesso em 09 de dez 219.

Organização Mundial da Saúde 2015. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-E-NVE-LHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 8 nov 2017.

PAVIN, Raquel da Silva; CARLOS, Sergio Antônio. A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 10, n. 3, p. 242-255, set./dez. 2013.

PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, jun, 2013.

SANTANA, M. S. et al. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. **Revista Kairós - Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 337-353, mar, 2018.

SANTOS, A. C. D. et al. Sobrecarga do cuidador familiar do idoso dependente. **Rev de Saúde pública do Paraná**. Londrina, v. 18, n. 2, P. 55-62, dez, 2017.

SCALCO, J. C et al. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo v. 16, n. 2, p.191-208, mar, 2013. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567.

SEIMA, M. D; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 – 398, ago/dez, 2011.

Simões, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população** / Celso Cardoso da Silva Simões. - Rio de Janeiro : IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

SOUZA, I. P, ARAÚJO, L. F. S, BELLATO, R. A dádiva e o cuidado no tempo vivido em família. **Rev Fun Care Online**. Rio de Janeiro ,v. 9, n. 4, p. 990-998, out/nov, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.990-998>

VIEIRA, K.F.L. et al. Fatores de risco e as repercussões da obesidade na vida de idosos obesos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 1, p. 8-14, jan, 2015.

Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 108p

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CCBS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**HUUFMA / RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**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 "**Cuidado à pessoa idosa: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar**", e visa conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar 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.

### **DESPEAS 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 o Professor Enfermeiro Rafael de Abreu Lima, que poderá ser encontrado no endereço Avenida dos Portugueses, Cidade Universitária, Baganga. CEP: 65080-805, São Luís- MA e através dos telefones: (98) 99131-6153 ou (98) 4141-2350 email: rafael.abreulima@hotmail.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 impossibilitados 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.

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

**Data:**



**Impressão Digital**

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

**Data:**

## APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CCBS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**HUUFMA / RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – FAMILIAR/CUIDADOR

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	
	HÁBITOS DE VIDA	CÓDIGO
15	<b>Tabagismo:</b> (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
16	<b>Etilismo:</b> (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	

17	<b>Prática Atividade Física:</b> (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
	<b>ANTROPOMETRIA</b>	<b>CÓDIGO</b>
18	<b>Peso:</b> Kg (antes da internação)	
19	<b>Peso:</b> Kg (atual)	
20	<b>Altura:</b> cm	
21	<b>IMC:</b> (1) Desnutrido (2) Eutrófico (3) Sobrepeso (4) Obesidade	
22	<b>Circunferência Abdominal:</b> cm (atual)	
23	<b>Circunferência da Panturrilha E:</b> cm(atual)	
24	<b>Relação Cintura/Quadril:</b> cm (atual)	
25	<b>Relação Cintura/Estatura:</b> cm (atual)	
	<b>DADOS CLÍNICOS</b>	<b>CÓDIGO</b>
26	<b>Tempo que acompanha o Idoso:</b> dias	
27	<b>Doenças de Base:</b> (1) HAS (2) DM (3) Cardiopatias (4) Doença Renal (5) Osteoartrose (6) Outros: _____	
28	<b>Uso de Medicamentos:</b> (0) Não (1) Sim*	
29	<b>Quantidade de Medicamentos*:</b> (1) somente 1 (2) 2 a 4 (3) + 5	

**ANEXOS**

## ANEXO

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOR INFORMAL  
– QASCI**

Número do Questionário: \_\_\_\_\_

Data da Coleta de Dados:

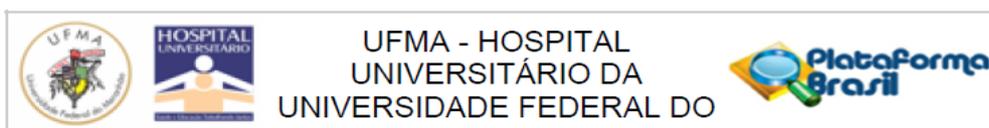
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ITEM	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase Sempre	Sempr e
1- Sente vontade em sair da situação em que se encontra?					
2- Considera que, tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil?					
3- Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar cuidando do seu familiar?					
4- Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?					
5- Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?					
6- Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
7- Sente que perdeu o controle da sua vida desde que seu familiar adoeceu?					
8- Os planos que tinha feito para essa fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar:					
9- Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para você?					
10-Sente que a vida lhe pregou uma peça?					
11-É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu familiar serem imprevisíveis?					
12-Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar preso?					
13-Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
14-A sua vida social (férias, conviver com amigos e familiares) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?					
15-Sente-se só e isolado(a) por estar cuidando do seu familiar?					
16-Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando de conta do seu familiar?					
17-Sente-se que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?					

18-Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?					
19-Já se sentiu envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?					
20-Sente que seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?					
21-Sente-se manipulado(a) (usado) pelo seu familiar?					
22-Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?					
23-Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?					
24-Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?					
25-Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
26-A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?					
27-Sente-se apoiado(a) por seus familiares?					
28-Sente-se bem por estar tomando conta o seu familiar?					
29-O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?					
30-Fica satisfeito(a), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para com ele(a) (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?					
31-Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar cuidando dele?					
32-Cuidar do seu familiar tem aumentando a sua autoestima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

## 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

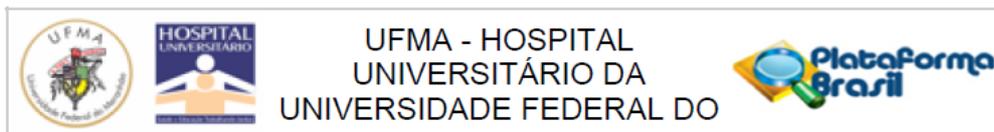
##### DADOS DO PARECER

**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 CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



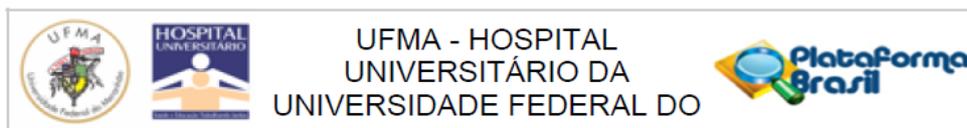
Continuação do Parecer: 2.306.474

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



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.

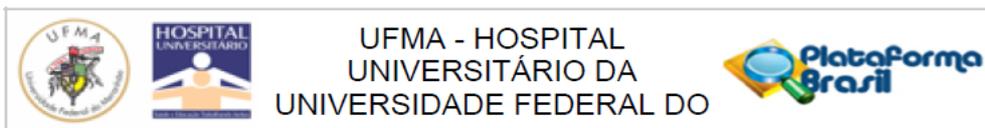
Metodologia Proposta:

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	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



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.

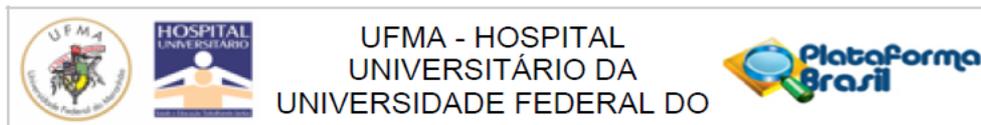
**Critério de Inclusão:**

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 6h/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 CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



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

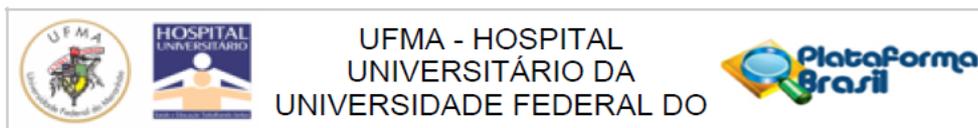
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



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.

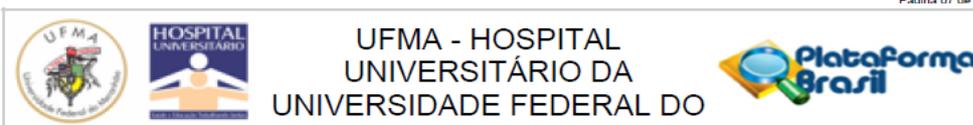
Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

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 E-mail: cep@huufma.br  
 Telefone: (98)2109-1250

Página 07 de 08



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