

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Sabrina Franchi

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE
IDOSOS PÓS FRATURA DE MEMBRO INFERIOR**

Santa Maria, RS
2021

Sabrina Franchi

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE
IDOSOS PÓS FRATURA DE MEMBRO INFERIOR**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Terapeuta Ocupacional**.

Orientador: Prof. Dr. Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Santa Maria, RS
2021

Sabrina Franchi

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE
IDOSOS PÓS FRATURA DE MEMBRO INFERIOR**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Terapeuta Ocupacional**.

Aprovado em 06 de abril de 2021

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Membro 1 da banca de avaliação do trabalho (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Andreisi Carbone Anversa

Membro 2 da banca de avaliação do trabalho (UFSM)

Daniela Alves da Cás

Membro 3 da banca de avaliação do trabalho (UFSM)

Santa Maria, RS
2021

AGRADECIMENTOS

A chegada até aqui, findando a graduação e a conclusão desta pesquisa, só foi possível graças a várias pessoas especiais que fizeram parte da minha trajetória acadêmica.

- Agradeço, primeiramente, à minha família, por todo apoio, incentivo e auxílio, durante toda a graduação, mãe Sônia Arend Franchi, pai Roni Franchi e irmão Silvester Franchi.

- À minha orientadora, Dr^a Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, agradeço por ter acreditado na minha capacidade, e por todo auxílio, acolhimento e motivação em todos os momentos. Mais que uma orientadora, tornou-se uma amiga muito especial na minha trajetória acadêmica.

- À Terapeuta Ocupacional Aline Sarturi Ponte, sou grata pelo auxílio na análise dos dados da pesquisa.

- Às minhas colegas e amigas, que se tornaram parte essencial da graduação. Dyuly de Freitas Pereira e Lívia Stefanan, por todas as trocas enriquecedoras e discussões importantes sobre nossas pesquisas. À Giulha D. Ferraresi, Júlia B. Hermes, Morgana Machado, Shauana Naziazeno e Valéria Biselo, pela grande amizade que construímos e pelo acolhimento e parceria.

*"O cuidar está além do olhar
O cuidar está além de estar
O cuidar é se colocar*

*O cuidador não é apenas cuidar
O cuidador é cuidar e abraçar
O cuidador é amar
O cuidador é empatizar"*

(Carlos R. S. L. Oliveira)

RESUMO

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS PÓS FRATURA DE MEMBRO INFERIOR

AUTOR: Sabrina Franchi

ORIENTADOR: Prof. Dr. Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo analisar a sobrecarga do cuidador informal de idosos hospitalizados, que sofreram Fratura em Membro Inferior (FMI). Buscou-se compreender se há mudanças no cuidado e na sobrecarga do cuidador segundo o quadro funcional do idoso. Inicialmente, uma breve contextualização da amostra; o conceito de cuidador informal; fraturas em membros inferiores e como estas afetam o cotidiano e a qualidade de vida do idoso e seu cuidador. Foram utilizadas, para levantamento dos dados, a Escala de Zarit (Zarit Burden Interview) e Katz (Escala de Avaliação Funcional das Atividades Básicas de Vida Diária). Observou-se que houve aumento da sobrecarga após a fratura no idoso, passando, na maioria dos cuidadores, de leve (66,6%) para níveis moderados (58,4%), seguidos de níveis graves (33,3%) de sobrecarga. Com isso, conclui-se que a fratura de membro inferior interfere no grau de sobrecarga no cuidador, haja vista que o idoso irá necessitar de maior suporte na realização de suas atividades cotidianas. Ainda, salienta-se a importância de uma rede psicoeducativa aos cuidadores, suporte técnico e orientações de manejo com o idoso.

Palavras-chave: Idosos. Cuidador Familiar. Fratura.

RESUMEN

EVALUACIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DE ANCIANOS TRAS FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR

AUTOR: Sabrina Franchi

DIRECTOR: Prof. Dr. Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Este Trabajo de Final de Grado tuvo como objetivo analizar la sobrecarga del cuidador informal de ancianos hospitalizados que sufrieron Fractura de Mienbro Inferior. Se ha buscado comprender los cambios en el cuidado y en la sobrecarga del cuidador en relación al cuadro funcional del anciano. Inicialmente, una breve caracterización de la muestra; concepto de cuidador informal; fracturas de miembros inferiores y sus efectos en el cotidiano y la calidad de vida del anciano y su cuidador. Fue utilizado para la colecta de datos la Escala de Zarit (Zarit Burden Interview) y Escala de Katz (Escala de la evaluación funcional de las actividades básicas de vida diaria). Se ha observado que hubo un aumento de la sobrecarga después de la fractura del anciano, pasó, en la mayoría de los cuidadores, de leve (66,6%) para niveles moderados (58,4%), seguidos de niveles graves (33,3%) de sobrecarga. Se concluye que la fractura de miembro inferior tiene interferencia sobre el grado de sobrecarga al cuidador, considerando que el anciano necesitará de más soporte en la realización de las actividades cotidianas. Con todo, es posible señalar la importancia de una red psicoeducativa hacia los cuidadores, soporte técnico y orientaciones de gestión al idoso.

Palabras-clave: Idoso. Cuidador Familiar. Fractura.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide populacional brasileira do ano de 2010.	14
Figura 2 – Pirâmide populacional brasileira do ano de 2050.	14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos cuidadores, tempo de cuidado e níveis de sobrecarga destes pela Escala de Zarit	25
Tabela 2 - Escore do Índice de Katz dos idosos participantes.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EIAVD	Escala de Independência em Atividades da Vida Diária
FFP	Fratura de Fêmur Proximal
FMI	Fratura de Membro Inferior
GAP	Gabinete de Projetos
GEP	Gerência, Ensino e Pesquisa
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
SDI	Síndrome do Desequilíbrio no Idoso
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
ZARIT	<i>Zarit Burden Interview</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 IDOSO E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	13
2.2 O ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES.....	15
2.3 FRATURA DE MEMBRO INFERIOR E A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR INFORMAL	17
2.4 SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS HOSPITALIZADOS...19	
3 METODOLOGIA	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO	27
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO A – ESCALA DE (ZARIT)	31
ANEXO C – ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – ESCALA DE KATZ	33
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	34
ANEXO D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE (TC)	37

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está cada vez mais visível, e ocorre em todos os países do mundo, sendo observado principalmente em países desenvolvidos. Isso ocorre devido a redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida (OLIVEIRA, 2015).

Essa crescente longevidade ainda representa um desafio para as práticas de saúde e cuidado, pois, na velhice, há diversos fatores que podem influenciar na qualidade de vida, autonomia e independência do sujeito, como por exemplo, o aumento significativo do risco de quedas nos idosos. Para Carvalhaes *et al.* (1998, *apud* JAHANA e DIOGO 2012), a queda é considerada um evento não-intencional, que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial.

As quedas podem acontecer em qualquer idade. Contudo, o risco de ocorrer em idosos é maior que no resto da população. Essa incidência mais elevada, conforme Lustosa e Bastos (2008), deve-se ao desenvolvimento de osteoporose, aparecimento de doenças associadas (comorbidades), histórico anterior de quedas, tabagismo e obesidade. Além disso, no idoso há mais chances de acarretar em danos biopsicossociais, como diminuição da mobilidade, das relações sociais, perda da independência. Segundo Diogo e Johana (2007) a consequência mais comum das quedas é a fratura, tendo como predominância a fratura de fêmur, em 62% dos casos.

A recuperação de uma fratura no membro inferior é lenta e requer cuidados ao idoso. Dessa forma, o cuidador informal familiar, é um importante aliado na assistência ao sujeito. O cuidador informal é compreendido por familiares, amigos, vizinhos, que não são remunerados e tampouco capacitados tecnicamente para desenvolverem tal cuidado, podendo sofrer sobrecargas físicas e emocionais no decorrer das atividades (FREITAS *et al.*, 2011).

Pensando nisso, o presente estudo visa compreender a sobrecarga de cuidadores informais de idosos que sofreram fratura em membro inferior. Os cuidadores serão do tipo informal familiar, pois é de extrema importância dar visibilidade a estes perante a sociedade e a própria família, visto que o número de cuidadores informais familiares tem crescido.

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a sobrecarga de cuidadores informais familiares de idosos que sofreram fratura de membro inferior e se esta sobrecarga varia de acordo com o quadro funcional do idoso.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar se há mudança na sobrecarga do cuidador familiar antes e após a fratura do idoso;

Avaliar o quadro funcional do idoso e se este influencia na sobrecarga do cuidador;

Dar visibilidade à importância do cuidador informal diante da sociedade;

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 IDOSO E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento está ocorrendo em todas as partes do mundo, sendo ainda mais observado em países em desenvolvimento. A sociedade está sempre em constante modificação, com isto há avanços em todas as áreas de conhecimento, resultando em um aumento da população idosa em todo o mundo. Isto se dá por vários motivos, incluindo a queda de mortalidade, avanço da medicina (desenvolvimento de vacinas, antibióticos), avanço do saneamento básico, da higiene pessoal e ambiental (MIRANDA, MENDES E SILVA, 2016), gerando uma mudança na pirâmide etária. Abaixo observamos tais mudanças:

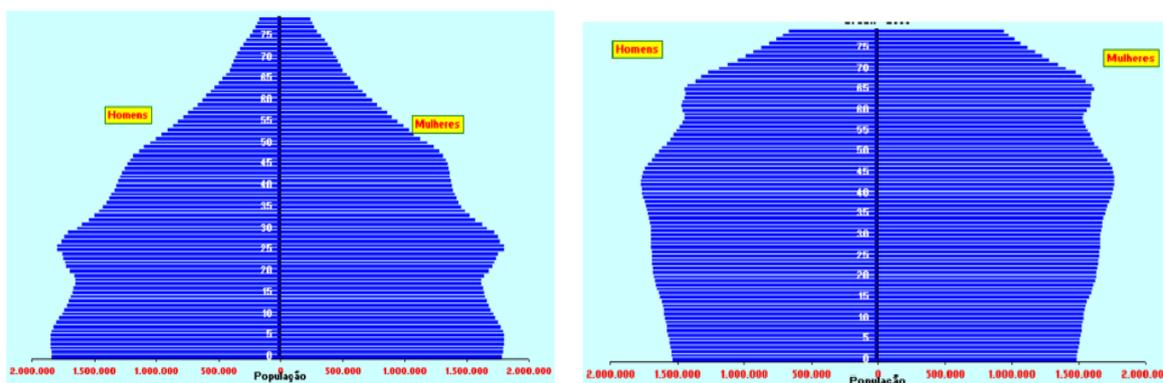


Figura 1: Pirâmide populacional brasileira no ano de 2010 (IBGE, 2010b) Figura 2: Pirâmide populacional brasileira no ano de 2050 (IBGE, 2010b)

Na Figura 1, pode-se observar a pirâmide populacional no ano de 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A base da pirâmide corresponde à quantidade de sujeitos mais novos na sociedade brasileira, e o topo os sujeitos mais velhos. Nota-se, desse modo, que havia muito mais nascimentos do que sujeitos envelhecendo. Já na Figura 2, que representa a projeção do IBGE para 2050, observa-se a diminuição da taxa de natalidade e o aumento significativo da porcentagem de pessoas que estão envelhecendo.

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2012, p. 3), “o envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento”, sendo uma das maiores conquistas da humanidade, pois isso se dá em decorrência da melhoria nutricional da população, das

melhores condições de saneamento básico, avanços da medicina, nos cuidados e acesso a saúde, no ensino e no bem-estar econômico.

Segundo Mendes, *et. al.* (2005, p. 423) o envelhecimento “é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada”. É uma fase de reflexão de todas as conquistas e atividades que o sujeito desenvolveu durante a vida, do que não pôde realizar, e do que ainda tem por vir.

Nessa perspectiva, para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1982), o termo “idoso” compreende-se por sujeitos de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos.

O envelhecimento se dá de forma diferente nos indivíduos, e cada processo irá depender do estilo de vida de cada um, condições econômicas, sociais, se no processo haverá desenvolvimento de alguma doença ou não. Este processo é ligado a fatores biológicos, psíquicos e sociais (FECHINI, TROMPIERI, 2012, p. 107).

Shephard (2003 *apud* FECHINI, TROMPIERI, 2012, p. 110), classifica os idosos segundo a categoria funcional, sendo: a meia idade que irá corresponder aos 40 anos até 65 anos, começando os sistemas biológicos do organismo apresentar declínio funcional. Já a velhice seria ela propriamente dita, correspondendo dos 65 aos 75 anos, onde ainda não se encontra dano da homeostasia, mas há um declínio um pouco maior. A velhice avançada, dos 75 aos 85 anos, onde se encontra um dano maior na realização das atividades diárias, mas ainda independentes. Por fim, a velhice muito avançada compreende-se pessoas acima de 85 anos, tendo que haver um cuidado mais especial ao idoso.

Já para Schaie e Willis (1996, *apud* FECHINI, TROMPIERI, 2012, p. 110), a divisão das fases do envelhecimento engloba velhos-jovens, velhos e velhos-velhos. Compreendido como,

os velhos-jovens, idosos situados na faixa etária de 60 a 75-80 anos. Estes idosos continuam ativos (mesmo que aposentados), e possuem semelhanças com os adultos na meia idade. Os velhos compreendem idosos situados na faixa etária de 75-80 a 90 anos. Estes idosos possuem a característica de apresentar maior fragilidade física, embora muitos destes, em razão do suporte pessoal e ambiental, continuam levando uma vida completa. Já os velhos-velhos estão situados acima da faixa etária de 90 anos, e geralmente possuem como característica apresentar alguma desvantagem física ou mental, necessitando de maior apoio emocional e físico dos seus familiares.

Perante essas classificações, precisa-se compreender que isto não é regra, haja vista pode-se ter um idoso totalmente funcional, autônomo e independente aos 90 anos, e outro com 70 anos com baixa funcionalidade, autonomia e independência. Assim, além dos aspectos fisiológicos, é necessário levar em conta o estilo de vida do sujeito, seu contexto social e

econômico, sua herança genética, pois esses fatores impactarão o modo de envelhecimento (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

2.2 O ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES

O processo de envelhecimento envolve aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, sabe-se que diversas mudanças fisiológicas ocorrem, visto que,

com o passar dos anos, o organismo humano passa por um processo natural de envelhecimento, gerando modificações funcionais e estruturais no organismo, diminuindo a vitalidade e favorecendo o aparecimento de doenças, sendo mais prevalentes as alterações sensoriais, as doenças ósseas, cardiovasculares e o diabetes. (RUWER, ROSSI E SIMON, p. 299, 2005).

Corroborando com as explicações acerca do envelhecimento, Schneider e Irigaray (2008) trazem o conceito de idade biológica, a qual é compreendida pelas modificações corporais e mentais ocorridas, no processo de envelhecimento do sujeito, desde o seu nascimento. Ou seja, as mudanças e perdas advindas do passar dos anos são inerentes à vida e se tornam mais perceptíveis a partir dos 40 anos. Ainda segundo Schneider e Irigaray,

a partir dos 40 anos, a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral ocasionada pela redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral. A pele fica mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade. A visão também declina, principalmente para objetos próximos. A audição diminui ao longo dos anos, porém normalmente não interfere no dia-a-dia. Com o envelhecimento, o peso e o volume do encéfalo diminuem por perda de neurônios, mas, apesar desta redução, as funções mentais permanecem preservadas até o final da vida (Schneider e Irigaray 2008, *apud* Costa & Pereira, 2005).

Já para Kravchychyn, Camacho e Borges (2012), as mudanças fisiológicas ficam mais visíveis a partir dos 70 anos de idade, sendo as principais modificações relacionadas às capacidades físicas, a sarcopenia (diminuição de massa muscular), alterações de massa óssea e modificações no sistema nervoso, são as que sofrem influência e podem provocar consequências na qualidade de vida do idoso.

O tecido ósseo está em constante remodelação, tendo o processo de formação e reabsorção. Conforme Rossi (2008), nas duas primeiras décadas de vida esse tecido está em uma formação progressiva, após há em menor ritmo essa construção, atingindo a maior massa muscular até os 35 anos, estabilizando a formação, mas continuando a reabsorção do tecido. Assim, após isso, ocorre progressivamente a perda progressiva de massa óssea, nomeada como osteopenia fisiológica.

Rossi (2008, p. 58) aponta que “os idosos são potencialmente vulneráveis a um balanço cálcico negativo e à osteopenia/osteoporose, em decorrência da hipovitaminose D”, e acrescenta que esta deficiência de vitamina D ocorre por diversos fatores, como “a institucionalização, a menor mobilidade, o uso de vários agasalhos, menor exposição voluntária ao sol, maior tempo em interiores”.

Diante de todas essas modificações advindas do envelhecimento, as quedas nessa fase da vida se tornam mais recorrentes. Contudo, a osteoporose não se limita apenas ao risco de fraturas, mas também diminuição da mobilidade articular, em função do desgaste ósseo das articulações.

Segundo Netto (2004, p. 82), as fraturas ocorrem “quando estes (os ossos) forem submetidos a uma força de pressão demasiadamente mais elevada do que a sua própria estrutura poderia suportar”. E, ainda, complementa que “as ocorrências mais comuns de fraturas na terceira idade são aquelas ligadas ao desequilíbrio e às quedas, provocando fraturas no colo do fêmur, quadril ou vértebras lombares, geralmente levando o indivíduo a ficar imobilizado por muito tempo em leitos hospitalares.”

As quedas, portanto, são provocadas, em sua maioria, pela denominada Síndrome do Desequilíbrio do Idoso (SDI). O processo de envelhecimento irá comprometer a comunicação do Sistema Nervoso Central (SNC) com os sistemas visuais, vestibulares e proprioceptivos, os quais são responsáveis pelo nosso equilíbrio, e esses processos causam tonturas e vertigens e desequilíbrio na população idosa (RUWER, ROSSI E SIMON, 2005).

Com isso, ainda para Ruwer, Rossi e Simon (2005, p. 299),

um dos principais fatores que limitam hoje a vida do idoso é o desequilíbrio. Em 80% dos casos não pode ser atribuído a uma causa específica, mas sim a um comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo. Em mais da metade dos casos o desequilíbrio tem origem entre os 65 e os 75 anos aproximadamente e cerca de 30% dos idosos apresentam os sintomas nesta idade.

Em consequência desse desequilíbrio, estão, em primeiro lugar, as quedas que ocorrem na população idosa. Ainda como citam Ruwer, Rossi e Simon (2005, p. 299),

as quedas são as consequências mais perigosas do desequilíbrio e da dificuldade de locomoção, sendo seguidas por fraturas, deixando os idosos acamados por dias ou meses e sendo responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos.

Com isso a probabilidade do risco de quedas se torna maior, e sua principal consequência é a fratura de quadril e fraturas de membros inferiores.

2.3 FRATURA DE MEMBRO INFERIOR E A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR INFORMAL

As fraturas de membro inferior são bastante comprometedoras, principalmente na população idosa, pois é nessa fase da vida que a fisiologia do corpo está mais frágil. Dessa forma o tempo de recuperação é mais longo, fazendo com que a independência e a autonomia do idoso sejam bastante comprometidas. São entendidas como fraturas de membro inferior qualquer fratura que ocorre nos ossos do pé, tíbia, fíbula, patela, fêmur e quadril (MAIA, VIANA, ARANTES e ALENCAR, 2011).

A probabilidade de queda é maior nessa fase da vida, e com isso a incidência de fraturas de membro inferior tem se tornado cada vez mais preocupantes, sendo a fratura de fêmur a mais comum. Inclui-se diversos fatores para que isso ocorra, como a osteoporose, obesidade, tabagismo. (LUSTOSA; BASTOS, 2008, p. 309).

Dessa maneira, o papel do cuidador é fundamental para auxiliar o idoso no cuidado e na realização de suas atividades, visto que,

a incapacidade física total ou parcial é outro grande problema, sendo que 50% dos pacientes tornam-se restritos ao leito ou a cadeira de rodas e, daqueles que conseguem retornar ao domicílio, 25% a 35% passam a necessitar de cuidadores ou algum dispositivo para auxiliar na locomoção. (SOARES; *et. al.*, 2014, . p. 2670).

Monteiro e Faro (2006 *apud* Caldas, 2003) apontam que mais de 90% das famílias de adultos dependentes não recebem ajuda de serviços especializados. Dessa forma os cuidados informais são a rede de suporte mais importante do idoso, merecendo que suas figuras sejam destacadas.

Pensando nisso, é de grande relevância o papel do cuidador de idosos, pois é quem estará com o idoso em seu domicílio na hora deste realizar suas atividades cotidianas. O cuidador informal familiar se torna importante, já que é quem estará realizando os cuidados imediatos, todas as horas do dia.

Assim, com o envelhecimento populacional é preciso pensar na necessidade de práticas alternativas de cuidado a população idosa, para proporcionar maior assistência a essas pessoas. Atualmente já se percebe uma maior visibilidade da importância dos cuidadores, porém, a sociedade ainda necessita valorizar ainda mais esses sujeitos (VIEIRA, *et. al.*, 2011).

O cuidador é quem irá auxiliar o sujeito que passa por alguma dificuldade ou tem alguma limitação, em suas Atividades de Vida Diária (AVD) e suas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Cuidador pode ser compreendido como

aquele que é responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal,

oferecimento da medicação de rotina e acompanhamento aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano. (DINIZ, *et. al.*, 2018, p. 3790).

Na gerontologia, o cuidador de idosos é a pessoa que realiza os cuidados a idosos com incapacidades funcionais, memória afetada, de forma definitiva ou temporária, dependendo do prognóstico de cada sujeito. Segundo Vieira *et. al.* (2011, p. 349), “há um consenso de que o cuidado à pessoa idosa pode ser implementado tanto pela família como pelos profissionais e instituições de saúde”. Com isso, há uma classificação de tipos de cuidadores, sendo: cuidadores formais e cuidadores informais.

Desse modo, os cuidadores formais são aqueles trabalhadores remunerados e que têm formação e preparação profissional adequada para oferecer os cuidados que o sujeito necessita. Já os cuidadores informais, os quais serão o foco desta pesquisa, são compreendidos como pessoas que não são remuneradas e não tem formação profissional. Geralmente são membros da família, vizinhos, pessoas da comunidade (BATISTA; ALMEIDA e LANCMAN, 2014).

Segundo a Cartilha do Cuidador de Idosos (2012), o cuidador familiar é quem assume as responsabilidades de cuidado ao idoso fragilizado e dependente. Sendo, geralmente, a única pessoa que assume este papel. Com esse papel, o cuidador tem de lidar com inúmeras modificações em sua vida, e se essas não forem bem planejadas poderão acarretar em excesso de responsabilidades e exaustão que o ato de cuidar traz. Assim, essa sobrecarga de tarefas e de responsabilidades acarretam a prováveis rupturas em seus vínculos sociais, resultando em uma diminuição da qualidade de vida do cuidador e a uma sobrecarga física e emocional.

Os cuidadores informais familiares moram com o idoso, prestando assistência 24 horas por dia, ficando a disposição dele quando necessitar de auxílio em qualquer atividade que deseja desempenhar. Assim, diferentemente do cuidador formal, que tem conhecimento de seus limites e trabalha em turnos corretos, o informal não reconhece seus limites e não utiliza de técnicas e precauções para auxiliar o idoso em suas atividades, pois nunca foi instruído adequadamente a isso. Essa inadequação e falta de conhecimento pode acabar gerando comprometimentos físicos, emocionais, de lazer, autocuidado e em suas relações sociais (BORN, 2008).

Para o idoso morar com seu cuidador traz benefícios, uma vez que a assistência e o cuidado necessitado tem probabilidade maior de ser suprido de forma imediata e ininterrupta no dia a dia. No entanto, para o cuidador, gera mais exposição a fatores estressantes dessa atividade, gerando elevação nos níveis de tensão. (FERNANDES, 2003 *apud* SANTOS *et. al.*, 2007)

Tarefas geralmente ininterruptas, em atividades como cuidados corporais, alimentação, oferecimento de medicações, o cuidador pode experimentar situações desgastantes e sobrecargas. Assim, para Diniz (2018, p. 3790) “devido às demandas desgastantes que os cuidadores familiares passam com o cuidado ao idoso, é importante avaliar e minimizar a sobrecarga do profissional responsável pelo cuidado”.

Assim,

a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida (FERNANDES; GARCIA, p. 58, 2009).

Pensando nisso, é preciso que o cuidador também seja visto como alguém que mereça cuidado e estratégias de saúde que dêem amparo e suporte a eles. Assim, necessitando de investimentos profissionais e sociais, para garantir sua qualidade de vida e também a do idoso que recebe seus cuidados (ROCHA; AVILA; BOCCHI; 2016, p. 2).

Torna-se de extrema importância pensarmos no cuidado ao cuidador, haja vista que esses carecem de um suporte profissional, com espaços de compartilhamento de dúvidas, anseios, angústias, medos. Assim, a atenção integral da saúde desse público deve ser baseada nas demandas destes, percebendo suas necessidades individualmente, levando em consideração o contexto inserido (DINIZ, 2018, p. 3790).

2.4 SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Aumento da população idosa dependente, dificuldade do Estado em garantir as necessidades básicas de cuidado ao idoso, aspectos socioculturais, baixa aquisição econômica, são alguns dos fatores que levam o idoso a precisar de um cuidador informal/familiar. Esses, sendo responsáveis pelo cuidado e qualidade de vida desses sujeitos (ORSO, 2008).

De acordo com o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde (2008), o cuidado vai além de alimentação, higiene e de dar a medicação correta ao idoso. O cuidador doa seu tempo ao idoso, o faz companhia, auxilia na melhor qualidade de vida, zela pelo bem estar desse idoso, pois esse geralmente é um familiar próximo do idoso (filho, neto, esposa/o), e com esse acúmulo de atividades ao longo do tempo, o cuidador altera sua rotina, sua vida social e profissional, muitas vezes afastam-se do trabalho para realizar o ato do cuidar, podendo ter dificuldades financeiras. Dessa forma, o cuidador pode ter sobrecarga física, social e emocional, resultando em diversos fatores negativos na sua vida, como o desenvolvimento de ansiedade, estresse, desânimo pessoal, declínio da qualidade de vida e sobrecarga financeira.

Segundo Maurin e Boyd (1990 *apud* PERES; BUCHALLA, SILVA, 2018, p. 2), a sobrecarga pode ser dividida em duas: objetiva e subjetiva. A objetiva relaciona-se às consequências negativas do papel de cuidador, como as alterações na rotina, afastamento da vida social e profissional e déficits financeiros. Já a sobrecarga subjetiva refere-se às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados pela atividade de cuidar.

Como traz Martinez (2007, *apud* ARAGÃO 2008), é comum ao cuidador familiar uma sensação de deterioração da própria saúde, sentimento de tristeza, irritabilidade, e culpa por acreditar não estão fazendo o suficiente ao cuidar do idoso. Todos esses sentimentos e desgastes do cuidador serão influenciados pelo estado de saúde do idoso, seu quadro cognitivo, funcional e emocional e o quanto esse idoso é – ou não - independente.

Em uma internação hospitalar, o idoso tende a ficar mais vulnerável, e suas capacidades físicas e mentais mais diminuídas, necessitando ainda mais de cuidados recorrentes de seus cuidadores (CABRAL; NUNES, 2015, p. 119). Caso seja uma internação prolongada, podem haver alterações musculares e neurológicas, sendo, às vezes, irreversível, caso a equipe de profissionais não tenham os devidos cuidados com o paciente.

De acordo com esses aspectos, o cuidador, muitas vezes, tende a sofrer uma sobrecarga, tanto no número de atividades que precisa realizar ao decorrer do dia, quanto em conciliar suas tarefas com o cuidado ao idoso no hospital, como uma sobrecarga mental e psicológica. Dentre essas demandas

as tarefas desempenhadas pelo cuidador são inúmeras, auxiliando os idosos direta ou indiretamente tanto em Atividades de Vida Diária Instrumentais (AIVD) como limpeza da casa e administração financeira, quanto em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) como banhar e vestir o idoso. Essas tarefas, associadas a condições específicas do idoso, do ambiente e do próprio cuidador podem gerar sobrecarga para o cuidador (CABRAL, NUNES, 2015, p. 119).

A tarefa de cuidar do idoso hospitalizado, geralmente ocorre de forma súbita e inesperada, sendo complexa e única, haja vista causa uma variedade de sentimentos e incertezas quanto a compreensão do cuidado em contexto hospitalar. Como os cuidadores não recebem orientações e preparo de como proceder na realização dessa tarefa, muitas vezes, resulta em uma diminuição da qualidade de vida do cuidador e dos cuidados oferecidos. Isso pode gerar sentimentos de exaustão e estresse, pois além de ter que reestruturar seu cotidiano, ainda pode causar restrições quanto a própria vida e tarefas desempenhadas. Enfim, toda essa complexa mudança pode gerar uma sobrecarga no cuidador, prejudicando tanto a saúde do cuidador como os cuidados prestados ao idoso (CUNHA; WANDERBROOCK; ANTUNES, p. 420; 2016)

Com isso, Cunha, Wanderbroock e Antunes (2016), afirmam que o cuidador do idoso no contexto hospitalar contribui para o bem estar do idoso e também da equipe, mas também é protagonista de sua própria vida e isso precisa ser reconhecido.

Mas, para que isso ocorra, é preciso a conscientização dos profissionais da saúde e da sociedade quanto a importância do cuidador no processo de atenção integral, pois ele está rodeado de fatores físicos e emocionais que o colocam em situação de sobrecarga e exaustão (SOUZA; WEGNER e GORINI, 2007).

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa teve caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, utilizando como técnicas de coleta de dados avaliações já validadas no território brasileiro.

Os critérios estabelecidos para inclusão na pesquisa foram: ser cuidador informal de idosos que sofreram fratura de membro inferior e foram internados no HUSM; sendo o cuidador de ambos dos sexos.

Este estudo está englobado por uma pesquisa maior intitulada “RASTREIO DAS CAPACIDADES FUNCIONAIS E COGNITIVAS DE IDOSOS NO PÓS-ALTA HOSPITALAR”. Obedece a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), respeitando os aspectos éticos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo C) e Termo de Confidencialidade (TC – Anexo D) via formulário do Google. A pesquisa foi cadastrada no Portal do Professor pelo Gabinete de projetos (GAP), passou pelo Setor de Gerência, Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) no dia 10 de dezembro de 2019 com número CAAE 26271019.9.0000.5346.

Foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), na ala de traumatologia e ortopedia. O HUSM é um Hospital-Escola, localizado na cidade de Santa Maria, e abrange seu atendimento às cidades da Região Central do Estado, fazendo parte da 4ª Coordenadoria Regional. É vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), tendo projetos de ensino, pesquisa e extensão. É coordenado e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e tem seus atendimentos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados iniciou de forma presencial, mas, com a interrupção das atividades devido a pandemia de COVID-19, foi finalizado via ligação telefônica realizada pela própria pesquisadora, individualmente. Os contatos telefônicos foram disponibilizados pelo Ambulatório de traumatologia e ortopedia do HUSM. Para a pesquisa obtivemos inicialmente 50 sujeitos cuidadores informais de idosos que foram internados no hospital por motivo de

fraturas de membros inferiores, dos quais conseguimos contato apenas com 17 cuidadores, sendo que, destes, 5 idosos haviam falecidos e 1 cuidador não aceitou participar do estudo. Ao final, 11 cuidadores participaram da pesquisa.

Teve como objetivo principal avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de idosos que sofreram fratura de membro inferior e se esta sobrecarga varia de acordo com a funcionalidade do idoso, e como objetivo secundário, dar visibilidade à importância do cuidador informal diante da sociedade e apontar para a necessidade de apoio e suporte interdisciplinar que minimizem a possível sobrecarga do cuidador.

Para a coleta de dados do presente estudo foi utilizada a Escala de Zarit, para o cuidador e a Escala de Katz para o idoso, ambas foram respondidas pelo cuidador.

A Escala de Zarit, segundo Siqueira (2010), é uma importante ferramenta para avaliar de forma subjetiva e objetiva a sobrecarga do cuidador informal, incluindo fatores como saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. É, na maioria das vezes, pontuado itens da seguinte forma: 1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = muitas vezes; 5 = quase sempre.

Para a avaliação da funcionalidade, se faz necessário o uso de instrumentos padronizados. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), documento que traz informações e conceitos sobre incapacidade e funcionalidade, padronizado pela OMS, o termo funcionalidade diz respeito a

um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais). (OMS, 2013).

Um desses instrumentos, a Escala de Katz, é uma das escalas mais utilizadas para avaliar a independência funcional do idoso nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Ela foi desenvolvida por Sidney Katz, e teve sua publicação em 1963. Segundo Lino, et. al. (2008),

foi desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos. A Escala de Independência de Atividade de Vida Diária (EIAVD) consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. (Lino, et. al. 2008, p. 103).

A Escala tem pontuação de 0 ou 1, onde 0 é caracterizado por dependência (com orientação, supervisão, assistência pessoal ou cuidado integral) e 1 é caracterizado por independência (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal). Cada item equivale a 1 ponto, totalizando 6 pontos, assim, para medir o desempenho do indivíduo é usado 6 pontos

como independente, 4 pontos como dependência moderada, e 2 pontos ou menos como muito dependente (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007, p. 324).

Os dados foram armazenados no Microsoft Office Excel 2010 e a análise foi processada no Software Statistica 9.1. Foi realizada a análise descritiva univariada dos dados, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, demonstrou a presença de homens e mulheres desempenhando a função de cuidador informal, com uma média de idade de 49,4 anos, sendo que a idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 69 anos, desvio padrão 14,7.

Em relação ao sexo dos participantes, predominou o sexo feminino (66,6%). Quanto ao parentesco pode-se observar que a maioria dos participantes eram filhas (41,6%). E, a maioria dedicava 24 horas dos sete dias da semana para o cuidado de seus familiares (66,6%), como descrito na Tabela 1.

Em relação a Escala de Zarit, observou-se que antes da alta hospitalar do idoso a maioria dos participantes apresentou nível leve (66,6%) de sobrecarga, mas após a alta hospitalar ocorreu uma mudança significativa, pois a maioria dos participantes apresentou níveis moderados de sobrecarga (58,4%) seguidos de níveis graves (33,3%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos cuidadores, tempo de cuidado e Níveis de sobrecarga destes pela Escala de Zarit (n=11).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
(continua)		
Parentesco		
Filha	4	41,6%
Filho	3	25,2%
Esposa	2	16,6%
Ex-esposa	1	8,3%
Sobrinha	1	8,3%
Sexo		
Feminino	8	66,6%
Masculino	3	33,4%

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos cuidadores, tempo de cuidado e Níveis de sobrecarga destes pela Escala de Zarit (n=11).

(conclusão)

Tempo dedicado ao cuidado		
24 horas por dia, todos os dias da semana	8	66,6%
24 horas por dia, aos finais de semana	3	33,4%
Zarit antes da alta hospitalar		
Leve	7	66,6%
Moderada	3	25,1%
Grave	1	8,3%
Zarit depois da alta hospitalar		
Leve	1	8,3%
Moderada	6	58,4%
Grave	4	33,3%

Fonte: elaborada pelos autores.

Os achados nesta pesquisa, em relação a predominância do sexo e parentesco vão ao encontro de diversas literaturas brasileiras.

Em estudos como de Monteiro e Faro (2006); Ceccon et. al. (2021); Sousa et. al. (2021) e Avila, Pereira e Bocchi (2015), a grande maioria são cuidadores familiares do sexo feminino, sendo 80%, 84,5%, 88,7% e 76,6%, respectivamente.

Dentre as diversas tarefas e funções que as mulheres desempenham, foi atribuído a elas, cultural e historicamente, o papel de cuidadora. Para Oliveira (2015, p. 09), “quando se fala em cuidar de familiares próximos como filho e/ou esposo é a mulher que assume esse papel naturalmente com a visão de que ela é a principal fonte de cuidado da família”.

Mesmo diante do cenário atual, onde, cada vez mais, as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, quando o familiar idoso adoece e necessita de cuidados, há uma pressão familiar e uma predeterminação que a mulher venha a se tornar cuidadora. (FERREIRA, C. R., ISAAC, L.; XIMENES, V. N., 2018).

Essa naturalização do cuidado, pode ser atribuída ao contexto histórico e cultural, ao qual vivemos, ainda segundo Ferreira, Isaac e Ximenes (2018, p. 110),

o papel de assistência atribuído à mulher parece ser fruto de uma construção histórica e social, em que desde criança as meninas são ensinadas a realizar tarefas de cuidado, criando sobre elas a expectativa de que exerçam o papel de cuidadora quando necessário ao longo de

suas vidas. Logo, pode-se designar a cultura como um elemento norteador para a escolha de quem assistirá ao idoso em seu processo de envelhecimento. (FERREIRA, C. R., ISAAC, L.; XIMENES, V. N., 2018, p. 110).

Em relação ao parentesco, a maioria dos entrevistados são filhas cuidadoras. Conforme Sousa et. al (2021), um dos motivos dessa predominância é o fato de os filhos sentirem dever e obrigação de cuidar dos pais na velhice, já que sentem gratidão pelo cuidado recebido durante toda a vida, desde o nascimento.

Tabela 2 – Escore do Índice de Katz dos idosos participantes (n=11).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
0 - Independente nas 6 funções	2	16,6%
1 - Independente em 5 funções e dependente em uma	1	8,3%
2 - Independente em 4 funções e dependente em 2 duas	3	25,2%
4 - Independente em duas funções e dependente em quatro	1	8,3%
5 - Independente em uma função e dependente em cinco	4	41,6%

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação ao nível de independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) dos idosos, analisados pelo Índice de Katz, pode-se observar que a maioria destes é independente em uma função e dependente em cinco (41,6%), descrito na Tabela 2.

Conforme a Escala de Zarit, aplicada no cuidador, antes e após a FMI do idoso, a fim de comparar a mudança de sobrecarga, não encontramos na literatura brasileira pesquisas desse porte. Mas, encontramos pesquisas semelhantes, utilizando a escala de Zarit em cuidadores de idosos com fragilidade e baixa funcionalidade, após a alta hospitalar em decorrência de Fratura de Membro Inferior.

Ao dar alta, após a Fratura de Membro Inferior (FMI), o idoso tende a receber cuidados da família, em domicílio, o que pode gerar frustrações, pois o idoso fica desamparado pela equipe de saúde e dependerá dos familiares para dar suporte nas atividades de seu cotidiano. Com isso,

a alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio, e quando ocorrem falhas na etapa de planejamento e execução da alta, leva

a inferir que o profissional está desassistindo o paciente, transferindo o cuidado hospitalar, ou seja, devolvendo a família e excluindo a instituição hospitalar de sua responsabilidade. (MENEZES, *et. al.*, 2018, P. 312).

Geralmente, quando ocorre a alta, há somente um familiar com maior dedicação ao cuidado. Esse, que é distinguido como cuidador primário, é “aquele que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio” (BAUAB, 2013, p. 21). Com isso, ao exercer esse papel, sem auxílio da família, acaba tendo uma sobrecarga de trabalho.

Sugere-se que esta sobrecarga tende a se agravar quando há déficit funcional no idoso, como quando sofre uma FMI. Pois, pode-se observar, neste estudo, que, após a fratura, o idoso tornou-se mais dependente em sua funcionalidade, aumentando o nível de sobrecarga do cuidador.

O idoso após uma indesejável FMI, irá influenciar, não só seu cotidiano, mas da família e da sociedade, pois tenderá a ter maior dependência funcional, ou seja, dificuldade em realizar atividades cotidianas por seus próprios meios, necessitando de maior assistência para serem realizadas. Isso, adicionado às modificações na vida social, dedicação diária ao cuidado, mudanças na vida financeira, gera sobrecarga ao cuidador informal. (ROCHA, AVILA e BOCCHI, 2016).

Os cuidados vão além do auxílio nas AVD's do idoso, geralmente, o cuidador acompanha o idoso nas consultas médicas, auxiliando na deambulação, com cuidados com medicações, auxílio nas atividades de lazer e segurança, durante a noite, caso o idoso precise sair do leito. Diante dessas e outras responsabilidades, o cuidador acaba tendo uma sobrecarga ainda maior, pois apesar de auxiliar o idoso no que precisa, não está preparado para tal função, executado da maneira que sabe, sem auxílio profissional (MENDONÇA, 2017).

Diante desses fatores, o cuidador acaba descuidando da própria vida, em prol do cuidado, podendo resultar em problemas físicos, emocionais e sociais. Segundo Moura *et. al.* (2016), os cuidadores informais negligenciam o autocuidado em decorrência do cuidado prestado ao idoso, e, quanto maior a dependência deste, maior será o tempo gasto com ele, gerando falta de tempo para si e limitações da vida social. (MOURA *et. al.*, 2016).

Em um estudo de Stackfleth *et. al.* (2012) observou-se que a sobrecarga do cuidador aumenta conforme a maior fragilidade do idoso. Assim como este estudo, houve uma relação entre a maior sobrecarga do cuidador diante da maior dependência funcional do idoso.

A tarefa de ser cuidador é árdua, limita o cotidiano, e principalmente quando esse idoso tem déficit funcional. A sobrecarga, muitas vezes, é ocasionada pela falta de conhecimento sobre as atividades envolvidas no cuidar. Por conta disso,

a formação dos cuidadores poderá promover um processo de reflexão sobre a experiência do cuidar, novas formas e técnicas, maior socialização entre o profissional de saúde e o doente e, por fim, um reconstruir de intenção e vontade de produzir efeitos em si e nos indivíduos. Isso repercute positivamente na garantia de integridade física e emocional dos cuidadores (COLAÇO, 2013, p. 20).

Pensando nisso, observa-se que os cuidadores familiares precisam de maior visibilidade e suporte das equipes de saúde para desempenhar esta tarefa de forma que não irá prejudicar o idoso nem a si. Pois, com qualificação e auxílio se tornará uma tarefa menos estressante para ambos.

5. CONCLUSÃO

Com base no presente estudo, sugere-se que, de fato, há maior sobrecarga do cuidador após uma fratura de membro inferior no idoso, pois esta pode gerar uma maior dependência do idoso na execução das AVD's, AIVD's, atividades de lazer, necessitando portanto do envolvimento mais constante e habitual de uma familiar no papel de cuidador informal, que além de suporte emocional ao idoso nesta fase da vida será responsável pelo desempenho de muitas atividades cotidianas.

Salienta-se a importância da construção de redes de apoio psicoeducativa e de orientações de manejo com o idoso e com o próprio cuidador. Como também, de maior suporte técnico dos serviços de saúde ao familiar cuidador ou cuidador informal, pois estes, muitas vezes, se deparam com o papel do cuidador sem qualquer tipo de conhecimento prévio sobre a complexidade que envolve o cuidar.

Portanto, ainda se faz necessário mais estudos com um número maior de cuidadores, avaliando por um período de tempo maior os muitos aspectos provenientes do cuidado e as consequências que estes podem gerar no cotidiano do familiar cuidador além da sobrecarga aqui referida, e, estudo sobre orientações pós alta hospitalar de idosos que sofreram fratura, e como irá influenciar no cotidiano do cuidador familiar. Por fim, observa-se, nas literaturas brasileiras, insipiência de estudo que verifique a sobrecarga de cuidadores de idosos que sofreram fratura de membro inferior e foram hospitalizados.

6. REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, T. M. S. **Construção coletiva de um espaço dialógico com cuidadores familiares de idosos hospitalizados visando uma educação em saúde** – Rio Grande, 2008.
- BAUAB, J. P. **O cotidiano, a qualidade de vida e a sobrecarga de cuidadores de idosos em processo demencial de uma unidade escola ambulatorial** – São Carlos, UFSCar, 2013
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia de Vigilância Epidemiológica, Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/>> Acesso em 17 fev de 2021.
- BORN, T. 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. 330 p.
- CABRAL, B. P. A. L.; NUNES, C. M. P.; Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**. v. 26 , p. 118-127, jan./abr 2015.
- Cartilha do Cuidador de Idosos: O Cuidador também precisa de cuidados**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, a. 2012.
- CECCON, R. F. et. al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 17-26, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232021000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 fev. 2020.
- CUNHA, M. G. F.; WANDERBROOKE, A. C. N. S.; ANTUNES, M. C. **As vulnerabilidades dos cuidadores de idosos hospitalizados**. Bol. Acad. Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil, v. 36, n. 91, p. 418-436, a. 2016.
- DINIZ, M. A. A. et. al. Estudo Comparativo Entre Cuidadores Formais e Informais de Idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23 (11), p. 3789-3798, a. 2018.
- DUARTE, Y. A. O. D.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.; v. 41(2), p. 317-325, a. 2007
- FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**.; v. 2, p. 57-63, a. 2009
- FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, abr. 2019. Disponível em <[10.5433/2236-6407.2016v9n1p108](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v9n1p108)>. Acesso em: 27 fev. 2021

FREITAS, R. de, *et. al.* Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64., n. 3. Brasília. Mai/Jun 2011. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300011> > Acesso em 07 abr 2021.

KATZ S., FORD A. B. MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. v. 185(12), p. 914-9, a. 1963

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

LUSTOSA, L.P.; BASTOS, E.O. Fraturas proximais do fêmur em idosos: qual o melhor tratamento? **Acta Ortopédica Brasileira** [online].; v. 17(5): p. 309-312, a. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/aob>>. Acesso em 20 jan 2020

NETTO, F. L. M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Revista Pensar a Prática**. v. 7(1), p. 75-84. a. 2004.

MENDES, M. R. S. S. B. *et. al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 18, p. 422-426, a. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011>. Acesso em 11 jan 2020.

MENDONÇA, M. C. M. B. F. **Do hospital à comunidade**: a problemática das altas precoces na pessoa idosa dependente com fratura de extremidade proximal de fêmur. Porto, 2017.

MENEZES, T. M. de O. *et. al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 294-301, 2019. UNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>> Acesso em: 14 fev. 2021.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M.; O Cuidador do Idoso e sua Compreensão Sobre a Prevenção e o Tratamento Cirúrgico das Fraturas de Fêmur. **Estudo Interdisciplinar sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 10, p. 105-121, a. 2006.

MOURA, K. R. de. *et. al.* Sobrecarga de cuidadores informais de idosos fragilizados. **Revista de Enfermagem - Ufpe**. [Online]. Recife, v. 13, n. 5, p. 1183-1191, maio 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024036>>. Acesso em: 27 mai 2021.

OLIVEIRA, B. P. **Mulheres cuidadoras**: percepção de mudanças pessoas relacionadas ao cuidar. 2015. [19] f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015,

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Como usar a CIF**: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125*. Viena, 1982.

ORSO, Z. R. A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis**. RS – Porto Alegre, 2008.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. DE. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, bimestral, p. 148-153, Ed. Bolina São Paulo, Brasil, 2007.

ROCHA S. A., AVILA M. A. G., BOCCHI S. C. M. Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 37(1), p. 1-9, mar 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>>. Acesso em 22 jan 2021

ROSSI, E. **Envelhecimento do sistema osteoarticular**. Einstein.; v 6(1): p. 7-12. a. 2008.

RUWER, S. L.; ROSSI, A. G.; SIMON, L. F. Equilíbrio no Idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v.71, n.3, p. 298-303, mai/jun. 2005.

SAKAKI, M. H. et. al. Estudo da Mortalidade na Fratura de Fêmur Proximal em Idosos. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 242-349, 2004.

SCHNEIDER, R.H; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out/dez 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Avaliação Funcional do Idoso**. São Paulo. 2º edição. 2015.

SILVA, P. L. N., ALVES, E. C. S., VELOSO, N. E. B., et. al. O processo do cuidar de idosos hospitalizados: percepção dos acompanhantes de um hospital universitário. **Revista Kairós-Gerontologia**, 20 (Número Especial 23), p. 175-190. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

SIQUEIRA, C. A. C.; Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**. n. 12. p. 9-16. mar/2010.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 15 n. 2. Ribeirão Preto Mar./Apr. 2007. Disponível <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>> Acesso em 24 jan 2021.

STACKFLETH, R. et. al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 768-774, a. 2012.

VIEIRA, C. P. B. et. al. Concepção de Cuidado por Cuidadores Formais de Pessoas Idosas Institucionalizadas. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 15 (3), p. 348-355, jul./set 2011.

ANEXO A - ESCALA DE ZARIT

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

ANEXO B – ESCALA DE KATZ

Nome:		Data da avaliação: ___/___/___
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais * acidentes= perdasurinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Fonte: Katz, 1963⁽¹²⁾

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais de Idosos pós Fratura de Membro Inferior.

Pesquisador responsável: Kayla A. Ximenes Palma.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Terapia Ocupacional.

Telefone e endereço postal completo: (55) 999392537. Avenida Roraima, 1000, prédio 26 D, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria.

Eu, Kayla A. Ximenes Palma, responsável pela pesquisa “: Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores Informais de Idosos pós Fratura de Membro Inferior”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar a sobrecarga de cuidadores informais de idosos pós-fratura de fêmur e se esta sobrecarga muda dependendo dos quadros cognitivo e funcional do idoso.

Acreditamos que ela seja importante porque os cuidadores informais de idosos não têm uma formação adequada para o cuidado, não utilizando técnicas e precauções para auxiliar o idoso e ao mesmo tempo cuidar de si próprio, assim, é comum que sofram com uma sobrecarga ao cuidar do outro e acabam negligenciando o autocuidado. Por se tratar de um estudo sobre os cuidadores informais, tendo pouca valorização e reconhecimento diante da sociedade, o tema precisa receber maior atenção e ser devidamente explorado. Para sua realização será feito o seguinte: entrevistas com os idosos internados que sofreram fratura de fêmur e seus cuidadores, do tipo informal, com a utilização da Escala de Katz, Escala de Zarit e Mini Exame do Estado Mental. Sua participação se dará na forma de responder as escalas descritas acima.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: insegurança ao responder, emotividade ao pensar em sua qualidade de vida. Os benefícios que esperamos como estudo são compreender sobre os aspectos de saúde de cuidadores informais, para os próprios reconhecerem seus limites, e possibilitar conscientizá-los sobre a importância de adquirir conhecimentos técnicos, para garantir uma maior qualidade de vida tanto a ele quanto ao idoso.

Para caos de tratamento de saúde: É importante esclarecer que, caso você decida não participar, existem estes outros tipos de tratamento (ou diagnóstico) indicados para o seu caso (procedimento alternativo).

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com o pesquisador ou com o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP).

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada, através de encaminhamentos a profissionais especializados.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelo pesquisador. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local,

=====

ANEXO D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE – TC

Título do projeto: Sobrecarga de cuidadores informais de idosos pós fratura de membro inferior

Pesquisador Responsável: Dra. Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 981458383

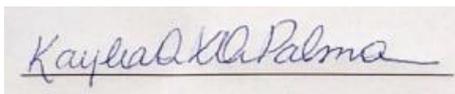
Local da pesquisa: pacientes do HUSM, contato por ligação telefônica

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de duas avaliações (Escala de Zarit e Escala de Katz), via ligação telefônica aos pacientes.

Informam ainda, que essas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26D, Departamento de Terapia Ocupacional, sala 4017, 97105-900 – Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob responsabilidade de Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, após esse período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFSM em __/__/__, com número de registro CAAE_____.

Santa Maria, _____ de _____ de 20__.



Assinatura do pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM: Avenida Roraima, n. 1000, Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763, CEP 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com.