



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

**RENATA PEREIRA DA SILVA**

**EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA:  
O IMPACTO DA INTERNAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES E  
SEUS CUIDADORES**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2016**

**RENATA PEREIRA DA SILVA**

**EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA:  
O IMPACTO DA INTERNAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES E  
SEUS CUIDADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado por Renata Pereira da Silva, como pré-requisito para a obtenção do título em Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba.

Área de Concentração: Fisioterapia Cardiorespiratória.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Priscilla Indianara Di Paula Pinto

Coorientadora: Prof. Dr. Ana Maria Cartaxo

**CAMPINA GRANDE-PB  
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586e Silva, Renata Pereira da.  
Efeitos da hospitalização prolongada [manuscrito] : o impacto da internação na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares / Renata Pereira da Silva. - 2016.

58 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Priscilla Indianara Di Paula Pinto,  
Departamento de Fisioterapia".

"Co-Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Cartaxo

1. Hospitalização prolongada. 2. Qualidade de vida. 3.  
Pacientes internados. 4. Cuidadores familiares. I. Título.

21. ed. CDD 306

RENATA PEREIRA DA SILVA

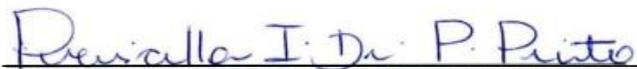
EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA:  
O IMPACTO DA INTERNAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES E SEUS  
CUIDADORES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado por Renata Pereira da Silva, como pré-requisito para a obtenção do título em Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba.

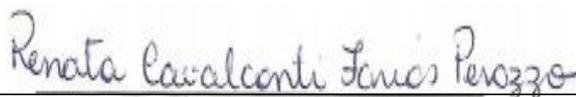
Área de Concentração: Fisioterapia  
Cardiorespiratória.

Aprovada em: 10/03/2016

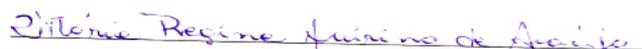
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Priscilla Indianara Di Paula Pinto  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Renata Cavalcanti Farias Perazzo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico a Deus e a minha família que durante minha caminhada acadêmica estiveram presente com seu amor e carinho.

## AGRADECIMENTOS

**A Deus** que me concedeu, o dom da vida, que me deu força, coragem e sabedoria para lutar pela minha conquista.

**Aos meus pais** Reginaldo e Cristina, pelo amor e a confiança que foram dedicados, sempre estiveram comigo durante esta caminhada, participando efetivamente das tristezas e alegrias, que me ensinaram valores inestimáveis, acreditaram no meu potencial, além de abdicarem outras realizações para investirem em meus estudos, lançando mão de uma árdua jornada de trabalho, para que eu pudesse adquirir o único bem incorruptível, o “conhecimento”.

**A minha irmã** Rayli Pereira, pelo amor e a paciência, que me incentivou e foi minha companheira durante a realização desta pesquisa.

**Ao meu esposo** Wanderson Santos, que me acompanhou nessa jornada, de forma paciente e amorosa, sempre com palavras de otimismo e mansidão, acalmando qualquer situação, companheiro durante a realização desta pesquisa.

**Agradeço a minha orientadora** Prof. Priscilla Indianara Di Paula Pinto, pelos ensinamentos e conhecimentos repassados, além da atenção, do carinho e pela amizade formada.

**Agradeço a minha coorientadora** Prof. Ana Maria Cartaxo, pela imensa paciência e benevolência com a minha pessoa e por ter uma capacidade inigualável de inteligência, que Deus a abençoe sua vida.

**A todos os professores** que com toda dedicação e ensinamento contribuiu para minha formação profissional.

**Aos meus amigos** em especial Gabriela Sabina, Danielle Farias, Bianca Porto e Geuni Silva, pela compreensão, pelos conselhos, pelos momentos tristes e felizes compartilhados durante o curso.

**A todos os profissionais** do HUAC que contribuíram para a realização desta pesquisa, sem eles este estudo não tinha fundamentação.

**A todos** que fizeram parte desta conquista direta e indiretamente, manifesto através destas palavras minha felicidade, por está concluindo mais uma etapa.

**A todos vocês minha eterna gratidão.**

“Deus não prometeu dias sem dor, risos sem sofrimento, sol sem chuva, mas Ele prometeu força para o dia, conforto para as lágrimas e Luz para o caminho.”

**(Autor Desconhecido)**

## RESUMO

Com a evolução das doenças crônicas e o envelhecimento populacional, muitos indivíduos precisam recuperar sua saúde através das internações. A hospitalização prolongada é aquela onde o paciente permanece por um tempo superior a 24 horas ou mais dias internado em uma mesma instituição, seja por aguardar procedimentos cirúrgicos, esperar para realização ou resultado de exames ou para tratar alguma enfermidade. A internação causa efeitos que trazem riscos à saúde do paciente e de seu acompanhante cuidador, que envolvem consequências que afetam a qualidade de vida desta população. O presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos da hospitalização prolongada em pacientes bem como em seus cuidadores. A pesquisa teve uma abordagem quantitativa, do tipo transversal, descritiva e exploratória, foi desenvolvida no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) situado na cidade de Campina Grande, PB. A amostra foi selecionada por acessibilidade, sendo composta por 30 pacientes que se encontravam internados e 30 cuidadores. Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: um questionário bio sócio demográfico; o *WHOQOL-BREF* que analisa a qualidade de vida dos pacientes; e o *Zarit Burden Interview* (ZBI) que verifica o nível de sobrecarga do cuidador. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado. Na análise de dados, a maioria da amostra de pacientes possuía faixa etária de 20-40 anos e foi composta em sua maioria por homens, tiveram experiências anteriores com internações e estavam hospitalizados há mais de 10 dias. Quanto à qualidade de vida dos pacientes, apresentaram maiores escores no domínio psicológico e relações sociais, enquanto que o físico apresentou o menor. Os resultados da amostra de cuidadores permitiram concluir que tinham idade entre 40-60 anos, a maioria eram mulheres. A escala do cuidador variou de 21 a 40 indicando sobrecarga moderada e em média não referiram altos índices. Algumas dificuldades foram sentidas na instituição, onde uma delas foi à falta de interesse de alguns pacientes e cuidadores e o medo de retaliações devido à política do hospital, inviabilizando um número maior de indivíduos para o estudo. Esse trabalho trouxe à tona, uma temática de suma relevância, porém que precisa ser mais explorada pela comunidade científica.

**Palavras-Chave:** Qualidade de vida, hospitalização, pacientes internados, cuidadores familiares.

## ABSTRACT

With the evolution of chronic disease and the aging population, many individuals need to regain their health through admissions. Prolonged hospitalization is one in which the patient stays for a period longer than 24 hours or more days hospitalized in the same institution, is to wait for surgical procedures, wait for performance or results of tests or to treat any disease. Internment cause effects that pose risks to the health of the patient and his companion caregiver, involving consequences that affect the quality of life of this population. This study aims to analyze the effects of prolonged hospitalization in patients as well as their caregivers. The survey had a quantitative approach, cross, descriptive and exploratory, was developed at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) located in the city of Campina Grande, PB. The sample was selected by accessibility, consisting of 30 patients who were hospitalized and 30 caregivers. three instruments for data collection were used: a questionnaire bio demographic partner; WHOQOL-BREF that analyzes the quality of life for patients; and the Zarit Burden Interview (ZBI) that checks the level of caregiver burden. This study was submitted to the Research Ethics Committee and approved. In data analysis, most of the patient sample had aged 20-40 years and was composed mostly of men, have had previous experiences with hospitalization and were hospitalized for more than 10 days As for the quality of life of patients presented higher scores in the psychological domain and social relationships, while physical showed the lowest. The results of the sample showed that caregivers were aged 40-60 years, most were women. The caregiver scale ranged 21-40 indicating moderate overload and on average did not report high levels. Some difficulties were experienced in the institution where one of them was the lack of interest of some patients and caregivers and the fear of retaliation due to hospital policy, preventing a larger number of individuals for the study. This work has brought to light a subject of great importance, but that needs to be further explored by the scientific community.

Keywords: Quality of life, hospitalization, inpatients, family caregivers.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Organograma representando quantas pessoas foram incluídas e excluídas do estudo.....	22
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos pacientes quanto aos dados bio sócio demográfico	26
Tabela 2 – Scores de qualidade de vida dos pacientes pelos domínios do WHOQOL-bref.....	27
Tabela 3 – Caracterização da amostra dos cuidadores quanto aos dados bio sócio demográfico .....	30
Tabela 4 – Qualidade de vida dos cuidadores pela escala de zarit Burden Interview (ZBI) .....	32
Tabela 5 – Distribuição do diagnóstico de sobrecarga .....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde
TVP	Trombose Venosa Profunda
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2. 1 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	15
2. 2 CUIDADORES E SOBRECARGA .....	17
2. 3 QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO.....	18
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	21
3.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA .....	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	22
3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	23
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS .....	23
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	24
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>42</b>
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	43
APÊNDICE B - Questionário Bio-Sócio-Demográfico .....	45
APÊNDICE C - Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es).....	46
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>
ANEXO A – Termo de Autorização Institucional .....	48
ANEXO B – Questionário sobre qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida .....	50
ANEXO C – Questionário sobre os níveis de sobrecarga física e mental do familiar cuidador .....	55
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	58

## 1 INTRODUÇÃO

A hospitalização prolongada é um dos problemas que mais afeta o sistema de saúde. Isto, devido à grande elevação dos custos financeiros e à redução da qualidade de assistência. Contudo, ainda existem atrasos nas altas hospitalares, pacientes que possuem doenças crônicas que precisam de cuidados constantes ocupam leitos que seriam destinados a indivíduos que tem distúrbios agudos. Detectar os motivos da alta hospitalar deve existir em toda internação, isto é, a identificação do problema é a primeira etapa na busca de respostas para o caso (SILVA et. al, 2014). Segundo Rufino et. al. (2012) considera-se hospitalização prolongada quando a média de permanência hospitalar corresponde a mais de 24 horas, porém em seu estudo ele aborda que essa média é de mais de 6,6 dias no Brasil, na região Nordeste é de 5,7 dias e mais especificadamente em João Pessoa, Paraíba, essa relação é de 9,3 dias.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2008) um quarto das internações realizadas no SUS refere-se a atendimento ao parto, gravidez e puerpério em todas as regiões no período de 1995 a 2005, havendo uma diminuição ao longo dos anos. Após esse, as doenças do aparelho respiratório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar, nas regiões Norte e Nordeste e a segunda doenças infecciosas e parasitárias. Quando o motivo da hospitalização são causas externas, as quedas (41,8%), seguidas dos acidentes de transporte e das agressões são os de maior incidência. Dessa forma, os efeitos dessa internação incluem fatores como: infecção hospitalar, depressão, perda de condicionamento físico, quedas, trombose venosa profunda e ausência de seus familiares (SILVA et. al, 2014).

A infecção pode ocorrer após o paciente ficar exposto em áreas críticas oferecendo maior risco a eles, seja pela imunodepressão ou particularidades que se desenvolvem neste ambiente, ou ainda, nas áreas semi-críticas, que não oferecem tantas ameaças, porém, ainda assim, necessita de cuidados, podendo se manifestar durante a estadia no hospital ou após receber alta, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2010).

Fanger et. al. (2010) ressalta que a depressão, é um fator comum em leitos de indivíduos que estão internados há muito tempo, muito deles, adquirem essa condição, pela dor, incapacidade física, pior prognóstico, sentir-se sozinho e deficiente apoio social. Moraes e Enumo (2008) abordam que a ausência dos familiares pode gerar transtornos psicológicos, sobretudo quando a internação ultrapassar um período de cinco dias, dificultando ainda mais a recuperação e alta hospitalar.

A perda do condicionamento e as quedas tem uma relação em comum, pois, com a perda funcional devido ao tempo prolongado no leito, o paciente desenvolve inúmeros danos em sistemas orgânicos, principalmente no circulatório, acarretando, frequentemente, eventos isquêmicos (ALBUQUERQUE et. al, 2013).

O desenvolvimento da trombose venosa profunda (TVP) no leito hospitalar inclui vários fatores, alguns deles são, anestesia geral, câncer, cateter venoso central de longa permanência, doença autoimune, doença pulmonar obstrutiva crônica, grande queimado, restrição prolongada ao leito (superior a 3 dias), imobilização de membros, internação em unidade de terapia intensiva e traumas. Outro elemento que envolve o aumento das internações são as doenças crônicas consideradas transmissíveis e não transmissíveis. O primeiro apontado também como infecto contagioso engloba a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), hepatite B e C e tuberculose, a segunda, por sua vez, são as enfermidades cardiovasculares, o câncer, as doenças pulmonares crônicas e diabetes, que matam três em cada cinco pessoas no mundo inteiro (PITTA; GOMES, 2010).

O conceito por trás desse indicador é que as hospitalizações por essas doenças causam falha no sistema de saúde, ou seja, se um indivíduo tem uma atenção primária de qualidade, onde seu problema é detectado precocemente, reduz a severidade evitando o aparecimento de complicações, excluindo assim a necessidade de hospitalização (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011).

A pesquisa apresentou como justificativa a necessidade de uma discussão sobre a hospitalização prolongada, com vistas a esclarecer os efeitos que essa condição causa na vida dos pacientes e em seus familiares, tendo em vista que essa categoria afeta principalmente a qualidade de vida, envolve elevados custos financeiros e dificulta a alta hospitalar, impedindo que outros pacientes recebam atendimento. Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética com o CAAE nº 45889815.7.0000.5187 inicialmente com o título: “Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida dos pacientes e seus familiares”. Em atendimento e solicitação da banca o título foi mudado para: “Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores”.

Este trabalho teve como objetivo geral analisar os efeitos e impactos da hospitalização prolongada na vida dos pacientes bem como em seus cuidadores; e como objetivos específicos, caracterizar o perfil bio sócio demográfico dos pacientes e cuidadores participantes da amostra, descrever os efeitos físicos, psicológicos e sociais causados pela hospitalização prolongada, analisar quais os fatores adotados para internação hospitalar e

verificar o impacto que a hospitalização causa na vida dos cuidadores e pacientes, através da avaliação da qualidade de vida destes, os quais estarão expostos mais adiante.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Segundo o Ministério da Saúde (2002) é considerado internação hospitalar, pacientes admitidos a ocupar um leito por um período igual ou maior que 24 horas.

Para Silva et. al. (2014) um sujeito é hospitalizado quando ele precisa recuperar sua saúde, ou seja, quando não obteve resolubilidade ambulatorial, visto que, quando se tem uma atenção maior e de boa cobertura, existe qualidade nos serviços e as internações são capazes de serem reduzidas. Dessa forma, a hospitalização prolongada é um condutor indireto da qualidade do cuidado prestado aos pacientes na atenção terciária. Ela reduz a oportunidade de outros pacientes utilizarem atenção hospitalar, uma vez que, a realidade brasileira com a falta de recursos disponíveis para esse nível de atendimento, é limitada. Isso, diminui a rotatividade dos leitos e aumenta os custos hospitalares, além disso, eleva-se os riscos e complicações decorrentes da internação, como as infecções hospitalares. Excepcionalmente em hospitais universitários, o prolongamento da internação tem-se revelado bastante superior às médias regionais e nacionais.

O crescimento da extensão de tempo no hospital pode ser devido ao envelhecimento populacional, onde o número de idosos vem aumentando de forma muito rápida e progressiva, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Desde a década de 1970, a fecundidade começou a diminuir e a mortalidade continuou reduzindo nestes países, o que provocou o superenvelhecimento. O Censo 2010 aponta que o Brasil é uma nação envelhecida, uma vez que, pessoas com  $\geq 60$  anos é superior aos 21 milhões, o que representa cerca de 11% da população total. Um país é estruturalmente envelhecido quando pelo menos 7% da população total são idosos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014).

Geralmente as doenças dos indivíduos idosos são crônicas e múltiplas, precisam de um acompanhamento médico maior, equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Por isso que, a terceira idade é acompanhada pela maior incidência e prevalência de doenças e condições crônicas que exigem esforços coordenados. Os autores observaram que pacientes com idade superior a 65 anos, são hospitalizados devido a distúrbios como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, infecção do trato urinário, doenças cardíacas,

pneumopatias, dentre tantas outras, ou complicações decorrentes destas enfermidades. A literatura descreve ainda que, o tempo de permanência hospitalar aumenta ainda mais diante da presença de variáveis como dor, etilismo, tabagismo e infecções hospitalares (CARBONI; REPPETTO, 2007).

Portanto, as internações para indivíduos com idade mais avançada representam um grande risco, visto que, gera redução da capacidade funcional, modificações na qualidade de vida e muitas vezes podem ser irreversíveis (SILVA et. al., 2014).

Internações por doenças infecciosas preveníveis por imunização (sarampo, tétano, difteria, entre outras) podem ser impedidas. Isto é, doenças e complicações que tem o seu diagnóstico e tratamento precoce, podem ser atenuadas. Para isso, é imprescindível uma maior assistência e qualidade na atenção primária à saúde, desta forma, irá diminuir a quantidade de hospitalizações por complicações agudas causadas por doenças não transmissíveis (como o coma diabético), bem como, menor readmissões e redução no tempo de permanência no hospital (MORENO et. al., 2009).

Portanto, dentro das redes de atenção à saúde, o primeiro nível é de grande importância, ele é responsável pela promoção da saúde e prevenção de agravos e hospitalizações, incapacidades e mortes precoces. Sendo efetiva, ela está relacionada a menores custos, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de elevada iniquidade social. A principal estratégia criada para o modelo de atenção primária à saúde no Brasil foi a estruturação de uma rede baseada na Estratégia da Saúde da Família (ESF), responsável pela cobertura às necessidades da população (JUNQUEIRA; DUARTE, 2012).

Essa estrutura é a porta de entrada para que doenças e agravos sejam evitáveis. Diversas vezes, a atenção básica controla episódios agudos e manuseia a condição crônica, afim de não progredirem para internação. No Brasil, as hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) – *AmbulatoryCareSensitiveConditions (ACSC)* – são responsáveis por 34% do financeiro pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo ocorrido em 2012 cerca de 1.843.201 (BOING et. al., 2012). O percentual dessas internações é um dos indicadores mais usados mundialmente como instrumento indireto da avaliação da capacidade resolutive da atenção primária à saúde (APS). Estas são entendidas como aquelas internações que poderiam ter sido evitadas ou diminuídas diante de uma intervenção oportuna e de qualidade no primeiro nível de saúde (ALFRADIQUE et. al., 2009).

Silva et. al (2014) ainda abordam que, muitas internações são devido a vários fatores exógenos e não só da qualidade e do acesso a atenção primária. Variáveis socioeconômicas e

demográficas também podem apresentar maior associação, além disso, a espera por resultados ou realização de exames complementares, procedimentos cirúrgicos, responsabilidade médica, planejamento de alta ou programação de suporte extra-hospitalar, nível de cuidado apropriado e atraso para marcação de inter-consultas com outra clínica ou hospital são condições que sugerem falhas no atendimento hospitalar.

A internação também envolve o usuário cuidador, que acompanha aquele doente durante toda sua estadia na instituição de saúde. Segundo Martins et. al (2009) quando uma patologia aguda ou crônica grave atinge um membro da família acarretando a internação, todo o sistema familiar é atingido. Compreender quem é o cuidador principal, como, por que ele surge no sistema familiar e como a doença afeta seu estilo de vida é uma informação relevante para o desenvolvimento de ações de colaboração da família com as equipes de saúde nos diferentes contextos. Por isso que, o impacto da doença na família, é multidimensional e provoca modificações de ordem afetiva, financeira, social, cultural e espiritual, trazendo efeitos e consequências nas pessoas envolvidas com o cuidado.

Os autores supracitados ainda sugerem que mudanças na rotina podem fazer com que os membros da família, principalmente o cuidador principal, sintam-se vulneráveis diante do sofrimento do outro e do papel que precisam assumir durante a internação e após a alta hospitalar.

A permanência hospitalar acima do tempo necessário ainda é uma condição que preocupa, pois reduz a qualidade de vida, aumenta os custos e mantém o usuário longe do convívio familiar trazendo todos os efeitos da hospitalização prolongada. A inquietação em identificar os motivos do atraso na alta hospitalar deve existir em toda internação. A detecção do problema é o início da etapa na busca de soluções. Alterações nos processos de trabalho podem resultar em diminuição no atraso da alta, sem necessidade de investimentos financeiros estruturais (LIM et. al., 2006).

## **2. 2 CUIDADORES E SOBRECARGA**

Historicamente, o cuidado com as pessoas com dependência é realizado essencialmente por parentes, familiares e pessoas mais próximas, chamados de cuidadores informais. Este é qualquer pessoa adulta, membro da família ou da comunidade, cuja principal função é cuidar de alguém que, por sua faixa etária ou condição física e mental, é incapaz, total ou parcialmente, de se cuidar sozinho, provisória ou definitivamente (DUARTE, 2006).

Com as mudanças ocorridas no cenário político e social, os cuidadores passaram a se tornar um papel importante na sociedade, algumas das causas disso, são o grande número de separações, divórcios e novas uniões que acarretou um grande número de idosos sozinhos ou com estruturas familiares complexas que dificultam a identificação do cuidador e a organização do cuidado a ele prestado; instabilidade no mercado de trabalho e participação crescente da mulher no mercado de trabalho (AMENDOLA, 2007).

Dessa forma, observou-se que o papel do cuidador trazia riscos e sobrecargas a quem exercia, tendo em vista os impactos que o cuidar de um paciente dependente acarreta sobre o núcleo familiar, é de se esperar que a qualidade de vida do cuidador seja afetada negativamente por diversas circunstâncias, uma delas é a sobrecarga objetiva que se refere a fatores negativos resultantes da presença do doente, tais como perdas financeiras, perturbações da rotina, da vida social e profissional dos familiares; interferências nas tarefas cotidianas como higiene, transporte, controle dos medicamentos e alimentação, além de alterações nas relações entre os membros da família. O aspecto subjetivo da sobrecarga diz respeito à percepção ou avaliação pessoal do familiar sobre a situação, envolvendo ainda a reação emocional e o sentimento de ser vítima de sobrecarga (PEÑARANDA; ORTIZ; GÓNGORA, 2006).

No entanto, as necessidades de saúde dos cuidadores são freqüentemente negligenciadas pelos serviços de saúde, isto porque essa população nem sempre é vista pelos profissionais de saúde, podendo desenvolver doenças e com isso afetar sua qualidade de vida (BOCCHI, 2004).

## **2. 3 QUALIDADE DE VIDA E O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO**

A expressão qualidade de vida tem sido muito utilizada nas duas últimas décadas, ela tem se tornando um importante termo na medicina, na área de saúde em geral e os estudos que tratam dessa temática são cada vez mais numerosos. Inicialmente essa palavra originou-se nos Estados Unidos após a segunda grande guerra mundial para relatar os efeitos devastadores do acelerado crescimento industrial/tecnológico e sua interferência no meio ambiente e, portanto na qualidade de vida das pessoas (ZANEI, 2006).

A Organização Mundial de saúde (OMS) conceituou em 1947, a saúde como bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Minayo, Hartz

e Buss (2000) denotam que esta definição impulsionou o desenvolvimento das abordagens relacionadas à qualidade de vida, seu aspecto multidimensional e a abordagem multiprofissional.

No entanto, não existe uma definição, que seja amplamente aceita, isto porque, a qualidade de vida é um aspecto próprio e específico e não inclui apenas elementos como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas outros fatores que fazem parte do dia-dia, como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias, tornando-se uma percepção pessoal. Apesar disso, existem várias explicações acerca da qualidade de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Segundo Tani (2002) a qualidade de vida, é a definição de determinados fatores da nossa vida como a felicidade, amor e liberdade, mesmo existindo sentimentos e valores difíceis de serem compreendidos. Para Pereira, Teixeira e Santos (2012) esta idéia da autora é difundida na sociedade, ou seja, pode haver banalização do assunto pelo seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista como acontece, lançando mão de estatísticas muitas vezes irreais para comprovar seus feitos. Por isso que, atualmente as concepções mais aceitas de qualidade de vida procuram dar conta de uma gama de dimensões analisadas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas.

Por isso que, o principal exemplo é o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) onde a qualidade de vida é esclarecida a partir das percepções dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Muitos estudos apresentam que a avaliação da qualidade de vida é importante, pois auxilia profissionais a tomar decisões, identificar e conceituar prioridades pertinentes às questões do paciente, comparar doenças e determinar a eficácia de tratamentos. As informações obtidas de estudos sobre qualidade de vida ajudam os pacientes e suas famílias na escolha do tratamento mais adequado (TERERAN; ZANEI; WHITAKER, 2012).

Em uma pesquisa feita por Santos e Sousa (2013) foi observado que houve redução da qualidade de vida, após admissão hospitalar, principalmente com aumento da dependência, diminuição da saúde mental e bem-estar, redução da mobilidade e capacidade de cuidar de si. Esse declínio é resultado da interação entre patologia, velhice e contexto de internamento. Portanto, é muito importante que os profissionais de saúde no hospital valorizem todas as dimensões da qualidade de vida e apliquem medidas para a sua promoção durante e após o internamento.

Para os familiares Bulla, Martins e Valencio (2009) discorrem que se deve considerar que a rotina dos cuidados pode ocasionar estresse psicossocial. Sabendo que o ato de cuidar demanda responsabilidade e tempo de quem exerce tal função, eles vivenciam várias situações difíceis permeadas por modificações em suas vidas, as quais podem ser de ordem econômica, física e/ ou emocional. Desse modo, é imprescindível que o acompanhante tenha tempo para a realização de suas atividades diárias e para a elaboração de estratégias para o enfrentamento dos aspectos negativos advindos do processo de cuidar, pois, isso acarreta mudanças, que podem influenciar no surgimento de doenças, significando uma sobrecarga de responsabilidades e tarefas ao familiar.

Frente a essas mudanças, que geram impactos na vida dos pacientes e seus familiares cuidadores, é importante que profissionais de saúde, e equipes busquem algumas estratégias de enfrentamento. Entre elas, planejamento de atividades lazer (atividades manuais, ou até mesmo encontro com amigos) e espiritualidade e fé, como motivação nos cuidados durante a hospitalização (PAVIN; CARLOS, 2013).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

A pesquisa foi realizada numa linha científica com abordagem quantitativa, onde, estudos quantitativos do tipo descritivo observam, registram e descrevem características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, além disso, esse tipo de delineamento não permite que os dados possam ser utilizados para testes de hipóteses, uma vez que o estudo é apenas explicar o fato em si (MARCONI E LAKATOS, 2005). Foi do tipo transversal, pois, de acordo com Silva (2004) aborda que a pesquisa transversal permite observar um estudo em questão em um curto período de tempo.

Quanto ao objetivo, a pesquisa seguiu uma vertente exploratória, visto que se buscam subsídios, não apenas para determinar a relação existente, mas, sobretudo, para conhecer o tipo de relação, além disso, levanta informações sobre determinados comportamentos, proporcionando maior habituação com o problema tornando-se explícito ou a construir hipóteses (SILVA; MENEZES, 2001).

#### **3.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no município de Campina Grande-PB, localizado no bairro do São José, zona sul da cidade. O estudo foi executado nas enfermarias cirúrgica (Ala A), respiratória (Ala B), clínica médica feminina (Ala C), clínica médica masculina (Ala D) e infectologia (Ala E). A coleta de dados foi efetuada no período de agosto a dezembro de 2015

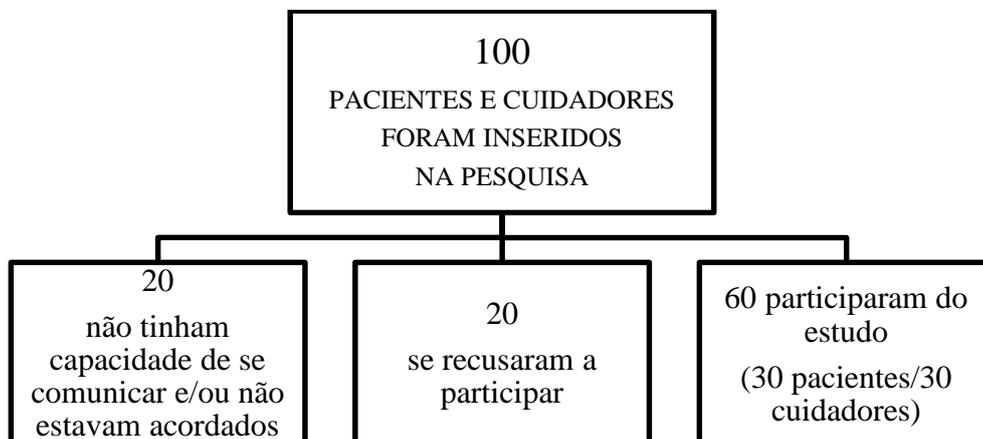
### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por usuários internados há mais de 10 dias, seus respectivos cuidadores, isto devido à literatura sugerir que a maioria das internações prolongadas no nordeste, especialmente na Paraíba ocorre há mais de 9,3 dias, segundo Ruffino et. al. (2012).

No mês de abril de 2015 a instituição tinha uma população de 46 indivíduos e a pretensão amostral era de no mínimo 40 sujeitos. Dessa forma, a amostra foi selecionada na ocasião da coleta de dados, de forma não probabilística, por acessibilidade, perfazendo um total de 60 participantes, sendo 30 pacientes e 30 cuidadores.

A figura 1 representa um organograma demonstrando que 100 indivíduos foram incluídos na pesquisa, 20 não tinham capacidade de se comunicar e/ou não estavam acordados devido a medicamentos, 20 se recusaram a participar por desânimo, exaustão e medo de retaliações e 60 aceitaram participar, sendo 30 pacientes e 30 cuidadores.

**Figura 1: Organograma representando quantas pessoas foram incluídas e excluídas do estudo.**



### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A instituição forneceu autorização para realização da coleta de dados (ANEXO A). Foram incluídos neste estudo, usuários internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas há

mais de 10 dias; acordados, conscientes, orientados e em respiração espontânea; com 18 anos de idade ou mais e com capacidade para se comunicar e que desejaram participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Os acompanhantes participantes por sua vez, deveriam ter acompanhamento frequente com o enfermo; ter 18 anos de idade ou mais e que concordassem participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os critérios de exclusão foram: usuários e acompanhantes que não compreendessem os instrumentos e que se recusassem participar.

### **3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS**

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário (APÊNDICE B), visando traçar o perfil bio sócio demográfico dos usuários e acompanhantes, englobando questionamentos acerca dos participantes da pesquisa contendo questões investigativas sobre idade, sexo, cor da pele, se reside sozinho, estado civil, escolaridade, ocupação, grau de parentesco com o doente, se já teve alguma experiência anterior com internações e o tempo de internação. Após este, os pacientes responderam a outro questionário o *WHOQOL-BREF* (ANEXO B) sobre questões gerais de qualidade de vida, incluindo aspectos físicos e psicológicos, meio ambiente e relações sociais. Os acompanhantes por sua vez, responderam o questionário *ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)* (ANEXO C) onde foi avaliado o nível de sobrecarga do cuidador e o impacto da incapacidade do paciente na vida deles.

O estudo foi conduzido pelo pesquisador nas enfermarias do HUAC através de entrevistas com os participantes, todas de forma individual, sendo resguardados, sigilo e preservação dos dados dos indivíduos.

### **3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS**

Os dados foram analisados utilizando ferramentas simples da estatística descritiva através do programa Microsoft Excel, versão 2010 e a apresentação dos resultados foram

expressos em percentuais e expostos através de tabelas, relacionados às variáveis de interesse para o estudo.

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi realizado de acordo com o embasamento da Resolução N° 466/12 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando o respeito pela dignidade humana e especial proteção aos participantes das pesquisas em que estão envolvidos seres humanos; respeitando as questões éticas, bioética, científica e os direitos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela mesma, no que refere à autonomia, não maleficência e benefícios, assegurando os participantes envolvidos na pesquisa.

Esta pesquisa contou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) o qual foi lido previamente pelos participantes, onde o pesquisador esclareceu as informações referentes ao estudo. Neste, foi documentada a voluntariedade de participação dos pacientes e acompanhantes, sendo respeitado o direito da desistência em qualquer momento da pesquisa, além de não acarretar nenhum ônus social, nem econômico. Foram resguardados o sigilo, a privacidade e a proteção da identidade, respeitando os participantes, diante de sua dignidade, autonomia e vulnerabilidade, assumindo toda a responsabilidade da pesquisa através do Termo de Compromisso dos Pesquisadores (APÊNDICE C). O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa sob o CAAE n° 45889815.7.0000.5187 (ANEXO D).

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a tabela 1 notou-se que a maior faixa etária entre os usuários foi de 20-40 anos (43,34%) e a menor 60-80 (20%), onde notou-se que a idade ficou abaixo do esperado para um hospital que atende muitas doenças crônicas, porém, a instituição é um hospital de porta fechada que só atende especialidades, diferente de uma instituição de urgência e emergência, onde a porta é aberta e a faixa etária pode variar. Cruz, Bastos e Micheli (2012) em um estudo sobre perfil antropométrico dos pacientes internados em um hospital universitário, abordaram que dos 460 indivíduos estudados 35,7% (n=164) tinham idade de 52 anos, podendo isso ocorrer devido as doenças crônicas não transmissíveis que ainda afeta parte da população na meia idade.

No gênero houve uma semelhança, mas a maior tendência foi para o sexo masculino (53,34%). Souza et. al. 2009, em uma pesquisa sobre internação hospitalar afirmaram que o sexo masculino correspondeu a 68,6% e o feminino a 31,4%, confirmando que os homens têm menor propensão em cuidar da saúde quando a doença de base se instala, ou seja, não procura os cuidados necessários na atenção primária, agravando o quadro para uma hospitalização.

Quanto aos aspectos sociodemográficos, a maior parte eram da raça branca, não moravam sozinhos e eram casados, 46,67% tinham ensino fundamental incompleto e não trabalham. Santos, Chaves e Sarges (2014) abordam que o que difere sobre a raça em muitos estudos, é o fato deles terem sido executados em diversas regiões do país, ou seja, no sudeste e sul predominam a raça branca e na região norte e nordeste a parda, não corroborando com o estudo. Neste mesmo estudo, verificaram que dos 234 pacientes analisados 126 eram da raça não branca. Cardoso e Galera (2010) abordaram que a grande maioria dos pacientes examinados em seu estudo reside com seus familiares (93,8%).

Gorayeb, Facchini e Schmidt (2012) verificaram que 61 dos participantes estudados vivem com o parceiro sendo casado ou não e 39 sem parceiro, sendo solteiro, divorciado ou viúvo, afirmando que a presença do familiar na recuperação do indivíduo é muito importante, pois fornece suporte, valorizando a necessidade de um apoio a esses parceiros. Quanto ao nível de escolaridade, Guimarães, Martins e Guimarães (2013) analisaram que 90% das pessoas averiguadas tinham completado o ensino fundamental e só 5% tinha nível superior. França et. al (2013) afirmaram que a maioria em seu estudo eram aposentados (60,3%). A maioria tiveram experiências com internações anteriores e o tempo de internação variou de 10-30 dias.

É importante analisar que, provavelmente as reinternações ocorrem com frequência maior para os pacientes em tratamento prolongado ou que não conseguiram resolver a doença de base. No estudo de Duarte et. al., (2012) no total da amostra, o grupo de pacientes com história de reinternação apresentou número de internações prévias variando entre 1 e 17 internações no mesmo hospital. Além disso, Urbanetto et. al., (2012) em seu estudo abordaram que a média de tempo foi 13,4 dias com variação de 2 a 68 dias e prevalência de 6 a 10 dias (38,5%), tornando-se um desafio para a equipe de saúde do hospital, onde devem prestar uma assistência de qualidade, e esse estímulo deve ser percebido e entendido pelos gestores, para um planejamento de ações ligadas ao processo de cuidado e dimensionamento de pessoas.

**Tabela 1 – Caracterização da amostra dos pacientes quanto aos dados bio sócio demográfico.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Faixa Etária</b>		
20-40	13	43,34 %
40-60	11	36,66 %
60-80	6	20 %
<b>Sexo</b>		
Feminino	14	46,66 %
Masculino	16	53,34 %
<b>Raça</b>		
Branco	19	63,34 %
Não Branco	11	36,66 %
<b>Reside Sozinho (a)</b>		
Sim	3	10 %
Não	27	90 %
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	16	53,34 %
Solteiro (a)	10	33,33 %
Separado (a)	3	10 %
Viúvo (a)	1	3,33 %
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler/ escrever	2	6,67 %
Ens. Fundamental incompleto	14	46,67 %
Ens. Fundamental completo	2	6,67 %
Ens. Médio incompleto	4	13,33 %
Ens. Médio completo	6	20 %
Superior completo	1	3,33 %
Superior incompleto	1	3,33 %
<b>Ocupação</b>		
Autônomo	1	3,33 %
Empregado	3	10 %
Não trabalham	26	86,67 %
<b>Experiência anterior com internações</b>		
Sim	25	83,34 %
Não	5	16,66 %
<b>Tempo de internação</b>		
10-30 dias	19	63,34 %
30-50 dias	10	33,33 %
50-70 dias	0	0 %
70-90 dias	1	3,33 %

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A média dos escores dos domínios foi calculada e o domínio psicológico e relações sociais apresentaram os maiores escores (15,07 e 13,82, respectivamente). Houve uma tendência maior também para o domínio de auto avaliação da qualidade de vida que apresentou escore 13,80 enquanto que o domínio físico apresentou o menor (11,12), como ilustra a tabela 2.

Wittmann-Vieira e Goldim (2012) abordaram que o melhor desempenho em sua pesquisa foi o de relações sociais (67,87%), seguido do domínio físico que teve a menor média (34,23%), e os demais domínios situaram-se em valores intermediários.

Gorayeb, Facchini e Schmidt (2012) em sua pesquisa tiveram maior domínio nas relações sociais com uma média de 14,5 com desvio padrão de 5,4, seguido do meio ambiente  $12,8 \pm 3,8$ , psicológico  $12,6 \pm 4,3$  e físico  $10,9 \pm 4,1$ .

**Tabela 02 – Scores de qualidade de vida dos pacientes pelos domínios do WHOQOL-bref**

Domínios	Média	Desvio Padrão (DP)
Físico	11,12	2,62
Psicológico	15,07	2,48
Relações Sociais	13,82	3,94
Meio Ambiente	12,77	2,25
Auto-Avaliação da QV	13,80	3,65
TOTAL	13,06	1,87

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Quando questionados sobre o que achavam de sua qualidade de vida geral e de sua saúde a maioria dos pacientes responderam *boa*, se estão satisfeitos com sua saúde estavam *nem satisfeitos nem insatisfeitos*. Sousa e Dutra (2013) verificaram que entre os pacientes estudados, a qualidade de vida geral estava *boa* e *muito boa*, concordando com a presente pesquisa onde o predomínio de respostas estava em *boa*. Mendonça (2006) identificou que as respostas expressas na Q2 em seu estudo foram “satisfeito” (24,1%) e “muito satisfeito” (72,4%). Tamiozzo et. al. (2011) afirmam que um dos elementos que explica a qualidade de vida geral de indivíduos que estão internados é a certeza de que vão ter alta, e embora debilitado fisicamente, sente-se feliz por estar vivo e ter perspectivas concretas da sua

recuperação. Isto pode explicar porque eles já relatam uma boa qualidade de vida na hospitalização.

Quanto ao domínio psicológico Mondelli e Souza (2012) comprovam que este domínio é referente a questões sobre sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais de acordo com sua qualidade de vida. Muitos dos entrevistados responderam que não aproveitam nada da vida, 60% alegam que a vida tem *extremamente* sentido, 10 conseguem se concentrar *bastante*, a maioria aceita *extremamente* a sua aparência física, estão *muito satisfeitos* consigo mesmo e relataram ter sentimentos negativos *algumas vezes*. Beltrame (2008) verificou em sua pesquisa que no domínio psicológico 54% (n=27) dos pacientes disseram aproveitar bastante a vida, 32% (n=64) acharam que sua vida tinha sentido na Q6, 34% (n=68) tem capacidade de se concentrar, 24% (n=48) aceitam muito sua aparência física, 38% (n=76) estão satisfeitos consigo mesmo e 33% (n=66) tem sentimentos negativos.

O domínio físico representa as dores, desconfortos, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida diária, dependência de medicamentos, tratamentos e capacidade de trabalho, classificando o paciente em sua estrutura completa, avaliando se há algum distúrbio relacionado à sua saúde física num contexto geral (FRANÇA et. al, 2011). Quando questionados sobre se tinham energia suficiente para o seu dia-a-dia, 30% dos pacientes responderam que *muito pouco*, a dor física impede *bastante e extremamente*, a grande parte dos entrevistados referiu que se locomove *extremamente bem* e precisam *extremamente* de um tratamento médico para levar a vida, os pacientes manifestaram-se *muito satisfeitos* com seu sono, com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia 36,67% estão *muito satisfeitos* e com a capacidade para o trabalho, disseram-se *muito insatisfeitos*.

Sousa e Dutra (2013) em seu estudo averiguaram 21 indivíduos que estavam em observação em um hospital após realização de transplantes renais. Logo, o domínio físico apresentou-se nem ruim, nem boa no geral. Nas facetas 3 e 15 tiveram escore médio positivo, considerando que a dor física não os prejudicou de executar as atividades do dia a dia, bem como não existiam problemas satisfatórios que os impedissem de se locomover, no quesito 4 tiveram menor valor médio.

Em relação ao domínio relações sociais a faceta está ligada as relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual (PAIVA, 2011). Quando perguntados se estavam satisfeitos com suas relações pessoais, 53,33% relataram que estavam *muito satisfeitos*, com a vida sexual estão *muito insatisfeitos* e dos 30 pacientes 46,66% estão *muito satisfeitos* com o

apoio que recebem de amigos ou parentes. Savassi et. al., (2009) em sua pesquisa sobre a influência da internação compulsória em hospitais-colônia na qualidade de vida de cuidadores e pacientes, verificaram a média das relações sociais nos pacientes, na Q20 a média foi de 4,20, na Q21 3,80 e Q22 4,20, observando que o pior escore foi sobre as relações sexuais.

Camargos (2014) alega que a faceta sobre o meio-ambiente corresponde a questões sobre segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

Quando questionados se sentem segurança na vida diária, a maioria respondeu que não sente *nada* de segurança, com relação ao ambiente físico (clima, barulho, poluição), disseram estar *mais ou menos* satisfeitos (33,33%), quanto às condições do local onde moram estão *muito insatisfeitos*. Questionados se tinham dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades relataram ter *mais ou menos* e *nada* de oportunidades de atividades de lazer, as informações estão *mais ou menos* disponíveis, o acesso aos serviços de saúde dividiu-se entre *satisfeitos e muito satisfeitos* (36,66%) e com o meio de transporte utilizado estão *muito satisfeitos*.

Aguiar et. al. (2010) analisaram 43 pacientes e relacionaram a qualidade de vida de acordo com o sexo e a idade, dessa forma, na faceta sobre meio ambiente, 28 dos indivíduos do sexo masculino encontravam-se complacentes, onde, 13 (65,1%) encontravam-se satisfeitos, 8 (18,6%) medianos e 7 (16,3%) muito satisfeitos. No sexo feminino, 10 (83,3%) estavam satisfeitas, 1 (8,3%) muito satisfeita e 1 (8,3%) mediana. Quanto a idade dos 19 aos 48 anos, 14 (82,4%) mostraram-se satisfeitos, e apenas 2 (11,8%) pacientes medianos, dos 49 a 59 anos, 18 (69,2%) estavam satisfeitos, 5 (19,2%) muito satisfeitos e 3 (11,5%) medianos. Já na faixa etária de 60 a 71 anos, 6 (50,0%) responderam-se satisfeitos, 4 (33,3%) medianos e dois (16,7%) muito satisfeitos.

Sendo apresentados os resultados referentes aos usuários, a seguir serão discutidos os resultados da amostra de cuidadores segundo os dados bio sócio demográficos e sobrecarga do cuidador.

Na tabela 3 identificam-se entre os cuidadores que 53,33% têm idade entre 40-60 anos, são do sexo feminino, não brancos e não residem sozinhos (93,33%) Sobre o estado civil constata-se que a maioria são casados e tem o ensino fundamental incompleto e a maioria não trabalham. Sobre o grau de parentesco dos pacientes observa-se que a maioria dos acompanhantes são pais e mães dos pacientes.

**Tabela 3 – Caracterização da amostra dos cuidadores quanto aos dados bio sócio demográficos**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Faixa Etária</b>		
10-20	1	3,34 %
20-40	8	26,67 %
40-60	16	53,33 %
60-80	5	16,66 %
<b>Sexo</b>		
Feminino	26	86,67 %
Masculino	4	13,33 %
<b>Raça</b>		
Branco	12	40 %
Não Branco	18	60 %
<b>Reside Sozinho (a)</b>		
Sim	2	6,67 %
Não	28	93,33 %
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	20	66,66 %
Solteiro (a)	6	20 %
Separado (a)	3	10 %
Viúvo (a)	1	3,34 %
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler/ escrever	1	3,34 %
Ens. Fundamental incompleto	16	53,34 %
Ens. Fundamental completo	0	0 %
Ens. Médio incompleto	2	6,66 %
Ens. Médio completo	6	20 %
Superior completo	5	16,66 %
<b>Ocupação</b>		
Autônomo	3	10 %
Empregado	8	26,67 %
Não Trabalham	19	63,33 %
<b>Relação com o doente</b>		
Cônjuge	6	20 %
Pai/Mãe	7	23,34 %
Filho (a)	2	6,66 %
Irmão (a)	3	10 %
Amigo (a)	3	10 %
Outros (as)	9	10 %

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Dallalana e Batista (2014) em um estudo sobre a qualidade de vida do cuidador durante a internação da pessoa cuidada em uma unidade de urgência e emergência, entre os 60

participantes, a prevalência de faixa etária foi de 31 a 50 anos e a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino.

Perlini e Faro (2005) alegaram que a mulher ainda é a principal responsável pelos cuidados com os membros da família, por motivos históricos e culturais. Anjos et. al (2015) afirmaram que 74,1% dos indivíduos do estudo eram não brancos, podendo estar ligado à miscigenação característica da Região Nordeste do país. Oliveira, Alvarenga e Dalsasso (2013) demonstraram que a maioria dos cuidadores não residem sozinhos porque geralmente moram com as pessoas que cuidam.

Silva et. al. (2011) verificaram que dos 17 estudados, 10 eram solteiros, 4 eram casados, 1 era viúvo e 2 eram divorciados, dessa forma, quando o cuidador tem um componente afetivo vinculado ao relacionamento conjugal bem resolvido com o paciente, agregando o carinho e a dedicação, este pode ser mais um componente de recuperação mais acelerada do indivíduo, em contrapartida, deriva de uma carga adicional de responsabilidades a atribuições, sobretudo quando há filhos. No estudo de Cabral e Nunes (2015) sobre percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado a maior parte dos pesquisados estudou até a 8ª série do primeiro grau e 36% completaram o ensino médio. A análise da escolaridade entre os cuidadores se torna importante para maior compreensão do instrumento.

Moreira et. al., 2015 afirmaram que 43,3% exerciam outras atividades em sua pesquisa, além de cuidar do doente, como trabalho, atividades domésticas e cuidar dos filhos e 56,7% não exerciam outras atividades, além dos cuidados com o doente. No estudo de Souza et. al., (2014) a grande parte dos entrevistados eram formados por filhos (as) (48%) e esposas (20%), onde, esses familiares são atuantes na conduta do cuidar, exercem e assumem toda a responsabilidade. Além disso, afirma-se que a maioria dos cuidadores são pais ou mães dos pacientes internados, atestando que a maioria dos hospitalizados eram adultos-jovens solteiros.

Os resultados da análise descritiva, em número e porcentagem, de cada item do ZBI encontram-se na Tabela 4. A maioria dos entrevistados *nunca* pensa que os pacientes pedem mais ajuda do que necessitam, nem sentem que deixam de ter tempo suficiente para si mesmo. *Nunca* se sentem estressados, tampouco se sentem envergonhados e irritados com a presença do doente. A maior parte *nunca* sente que o acompanhante afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos nem sentem receio pelo futuro de seus enfermos. A dependência do paciente para com o cuidador é vivenciada *sempre* pelos entrevistados e *nunca* se sentiram tensos (as) com a proximidade dos pacientes por perto.

**Tabela 4 – Qualidade de vida dos cuidadores pela escala de Zarit Burden Interview (ZBI)**

Questões	Média	Desvio Padrão (DP)
Q1	1,13	1,48
Q2	0,93	1,55
Q3	0,90	1,35
Q4	0,13	0,51
Q5	0,07	0,37
Q6	0,23	0,57
Q7	1,30	1,56
Q8	2,30	1,49
Q9	0,30	0,88
Q10	0,27	0,87
Q11	0,93	1,53
Q12	0,20	0,81
Q13	0,43	0,97
Q14	1,80	1,99
Q15	1,87	1,41
Q16	0,53	0,90
Q17	0,40	1,10
Q18	0,63	0,93
Q19	1,00	1,23
Q20	2,90	1,63
Q21	2,73	1,68
Q22	0,97	1,10

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Sobre o sentimento de que sua saúde havia sido afetada pelo envolvimento com o paciente e que não tinham tanta privacidade como gostariam responderam *nunca*. Com relação à vida social, todos os entrevistados manifestaram *nunca* sentirem que foi afetada por estar cuidando do doente e também não se importam de receber visitas em sua casa. O sentimento de ser a única pessoa de quem o paciente pode depender *nunca* foi observada entre os entrevistados. A sensação de não ter dinheiro suficiente para cuidar, somando-se com as outras despesas da casa, foi relatada *algumas vezes*. *Nunca* se sentiram incapazes de prestar cuidados por muito mais tempo, nem que perderam o controle de sua própria vida após o adoecimento da pessoa cuidada e nem pensaram em deixar os cuidados para outra pessoa.

A maioria dos entrevistados *nunca* sentiu dúvidas sobre o que fazer pelos pacientes e sentem que *sempre* podem cuidar melhor deles. Sobre estarem sobrecarregados de cuidar dos pacientes, a maioria afirmou que *nem um pouco* se sentem sobrecarregados.

No ZBI a escala total pode variar de 0 a 88, sendo que quanto maior o escore, maior a sobrecarga. Nesta amostra, a escala variou de 21 a 40 indicando sobrecarga moderada, como ilustra a tabela 5, o que demonstra que os cuidadores estudados, em média, não referiram altos índices. O ZBI demonstrou boa consistência interna quando aplicado a esta amostra.

**Tabela 5 – Distribuição do diagnóstico de sobrecarga dos cuidadores**

<b>Diagnóstico de sobrecarga do ZBI</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Sem sobrecarga	0-20	36,66%
Sobrecarga moderada	21-40	60%
Sobrecarga moderada a severa	41-60	0%
Sobrecarga severa	61-88	3,34%

Amendola (2007) em um estudo sobre qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo, foi analisado 66 indivíduos, 63,7% deles não pensa que seus familiares pedem mais ajuda do que necessitam, 45,4% sentem que frequentemente ou sempre deixam de ter tempo suficiente para si mesmos em consequência do tempo gasto no cuidado ao familiar. O pesquisador verificou ainda que, manifestaram sentir-se estressados nunca ou raramente quando indagados em relação a se sentirem estressados entre cuidar do familiar e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho.

A maior parte dos cuidadores não se sentem envergonhados com o comportamento de seus familiares e nem irritados com a sua presença. Também não sente que o familiar afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos e não se importam de receber visitas em sua casa. Entre os entrevistados pouco mais da metade receia pelo futuro de seus parentes. A dependência do paciente é vivenciada frequentemente ou sempre, 72,2% tem o sentimento de ser a única pessoa de quem seu familiar pode depender. Quanto à questão de não se sentir tensa com a proximidade de seus familiares por perto, a maioria respondeu que nunca. Também responderam que nunca manifestaram sentimento de que sua saúde havia sido afetada pelo envolvimento com o paciente e que não tinham tanta privacidade como gostariam. Com relação à vida social relataram que frequentemente ou sempre o cuidado com o paciente afeta sua vida social. A sensação de não ter dinheiro suficiente para cuidar do familiar, somando-se com as outras despesas da casa, foi relatada

como frequente ou contínua. Quanto a ser incapazes de prestar cuidados por muito mais tempo indagaram que nunca teve essa sensação, seguido de que referiram nunca pensar em deixar que outra pessoa cuide do paciente.

De acordo ainda com o autor supracitado, os entrevistados sentiram que perderam o controle de sua própria vida após o adoecimento do familiar. Sobre as dúvidas do que fazer pelos seus familiares 59,1% nunca sentiram, a maioria chegaram a manifestar que deveriam estar fazendo mais e apenas 24,3% dos sentiam que poderiam estar cuidando melhor. O sentimento de estar sobrecarregado esteve presente pelo menos alguma vez em n=57 (86,4%) dos entrevistados, sendo que desses 39 (59,1%) convivem com este sentimento frequentemente ou sempre.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indicou que os usuários que estão internados há mais de 10 dias no Hospital Universitário Alcides Carneiro apresentaram médios escores e só obtiveram melhor avaliação de qualidade de vida nos domínios psicológicos e relações sociais. Quanto aos cuidadores, o perfil da amostra evidenciou sobrecarga moderada, referindo que não obtiveram altos índices, mas que este já evidencia uma deficiente qualidade de vida. Somando-se a isso, trata-se de uma população carente social e economicamente, com pouca oferta de área de lazer e cultura, com baixo nível de escolaridade, algumas acometidas por doenças crônicas, contando quase que exclusivamente de uma rede de apoio primário e terciário quando hospitalizadas.

Os fatores adotados para a internação em sua maioria foram usuários que possuem doenças crônico-degenerativas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, reumatismo, artrite, artrose, coluna, cabeça e membros; além disso, doenças infecto parasitárias e infectocontagiosas foram em grande parte elementos para a hospitalização.

Algumas dificuldades durante a coleta de dados foram sentidas na instituição, devido à falta de interesse de alguns pacientes e cuidadores, uma delas foi o medo de retaliações, onde os pacientes se recusavam a participar por receio a política da instituição, inviabilizando um número maior de indivíduos para o estudo; além disso, observou-se ainda, dificuldade de coletar dados de pacientes muito idosos e debilitados, quando em breves momentos demonstraram contradição nas respostas devido à falta de entendimento das questões perguntadas.

Esse trabalho trouxe à tona, uma temática de suma relevância, porém que precisa ser mais explorada pela comunidade científica, levando assim, informações contundentes a sociedade, para que possam ser cobradas as autoridades competentes, providências cabíveis, como melhorias na atenção primária, fazendo com que a informação e as ações cheguem às comunidades e a prevalência de casos de internações sejam reduzidas.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. I. F.; FARIAS, D. L.; PINHEIRO, M. L.; et. al. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. **Arq Bras Cardiol.** v.96, n.1, p.60-7. São Luis, 2010.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; et. al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **CadSaude Publica.** v.25, n.6, p.1337-1349. Rio de Janeiro, 2009.
- AMENDOLA, F. Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependências atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo. **Tese** [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo. 2007.
- ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O. PEREIRA, R.; et.al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.20, n.5, p.1321-1330. Bahia, 2015.
- ALBUQUERQUE, N. L. S.; SISNANDO, M. J. A.; SAMPAIO FILHO, S. P. C.; et al. Fatores de risco para quedas em pacientes hospitalizados com cardiopatia isquêmica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** v. 14, n. 1, p. 158-68. Ceará, 2013.
- BELTRAME, V. Qualidade de vida de idosos diabéticos. 100 p. **Tese** (Doutorado) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Programa de Pós Graduação, 2008.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.12, n.1. 2004.
- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** – Brasília: Anvisa, 2010. 116 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar.** Brasília (DF): ANVISA; 2002.
- BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde,** 2008.

BULLA, L. C.; MARTINS, R. R.; VALENCIO, G. O convívio do idoso com Alzheimer com sua família: qualidade de vida e suporte social. In: BULLA, L. C.; ARGIMON, I. L. Convivendo com o familiar idoso. **EDIPUCRS**. p. 33-42. Porto Alegre, 2009.

CABRAL, B. P. A. L.; NUNES, C. M. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Rev Ter Ocup Univ**. v.26, n.1, p.118-27. São Paulo, 2015.

CAMARGOS, M. G. Avaliação da espiritualidade/religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico. 149p. **Dissertação** (Mestrado). Barretos. Programa de Pós Graduação do Hospital de Câncer de Barretos. 2014.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 251-260. São Paulo, 2007.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.3, p.687-91. São Paulo, 2011.

CRUZ, L. B.; BASTOS, N. M. R. M.; MICHELI, E. T. Perfil antropométrico dos pacientes internados em um hospital universitário. **Revista HCPA**. v.32, n.2, p.177-181. Porto Alegre, 2012.

DALLALANA, T. M.; BATISTA, M. G. R. Qualidade de vida do cuidador durante internação da pessoa cuidada em Unidade de Urgência/Emergência: alguns fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n.11, p.4587-4594. Curitiba, 2014.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n.8, p.3505-3512. Rio de Janeiro, 2014.

DUARTE, J. G.; GOMES, S. C.; PINTO, M. T.; et. al. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?. **Revista de Saúde Coletiva**. v.22, n.1, p.199-214. Rio de Janeiro, 2012.

DUARTE, Y. A. O. O cuidador no cenário assistencial. **O mundo da Saúde**. v.30, n.1, p.37-44. 2006.

FANGER, P. C., AZEVEDO, R. C. S. DE, MAURO, M. L. F.; et. al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: Prevalência e fatores associados. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.56, n.2, p.173-178. São Paulo, 2010.

FRANÇA, I. S. X.; COURA, A. S.; FRANÇA, E. G.; et. al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev Esc Enferm**. v.45, n.6, p.1364-71. Rio Grande do Norte, 2011.

FRANÇA, M. J. D. M.; MANGUEIRA, S. O.; PERRELLI, J. G. A.; et.al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.4, p.878-85. Pernambuco, 2013.

GORAYEB, R.; FACCHINI, G. B.; SCHMIDT, A. Caracterização Psicossocial de Pacientes Internados em Enfermaria de Cardiologia. **Rev Bras Cardiol.** v.25, n.3, p.218-225. São Paulo, 2012.

GUIMARÃES, I. B. A.; MARTINS, A. B. T.; GUIMARÃES, S. B. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro. **Rev Bras Queimaduras.** v.12, n.2, p.103-107. 2013.

LIM, S. C.; DOSHI, V.; CASTASUS B.; et. al. Factorscausingdelay in dischargeofelderlypatients in a acutecare hospital. **Ann AcadMed Singapore.** v.35, n.1, p.27-32. Singapore, 2006.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde Diagnósticos, instrumentos e intervenções. **Banco Interamericano de Desenvolvimento.** Novembro, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARTINS, J. J.; SCHNEIDER, D. G.; COELHO, F. L.; et. al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul. Enferm.** v.22, n.3, p.265-271. Santa Catarina, 2009.

MENDONÇA, A. E. O. Qualidade de vida medida pelo “WHOQOL-bref”: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal. 153p. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal – RN. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.5, n.1, p.7-18. Rio de Janeiro, 2000.

MONDELLI, M. F. C. G.; SOUZA, P. J. S. Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI. **J Braz Otorhinolaryngol.** v.78, n.3, p.49-56. São Paulo, 2012.

MORAES, E. O.; ENUMO, S. R. F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **PsicoUSF.** v.13, n.2, p.221-23. Vitória, 2008.

MOREIRA, N. S.; SOUSA, C. S.; POVEDA, V. B.; et. al. Autoestima dos cuidadores de doentes oncológicos com capacidade funcional reduzida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v.19, n.2, p.316-322. São Paulo, 2015.

MORENO, A. B.; CAETANO, R.; COELI, C. M.; et al. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. **CadSaude Coletiva**. v.17, n.2, p.409-16. Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, B. G.; ALVARENGA, M. F. ; DALSSASSO, S. M. Cuidadores de idoso: análise do conhecimento de Enfermagem e o risco para desenvolvimento de estresse no exercício da função. **Revista científica da Faminas**. v. 9, n. 1. P.39-65. Minas Gerais, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS; 1998.

PAIVA, B. S. R. Avaliação da qualidade de vida de pacientes tratados e em tratamento para Hanseníase. 123p. **Tese** (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista. Botucatu. Pós Graduação em Saúde Coletiva. 2011.

PAVIN, R. S.; CARLOS, S. A. A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **RBCEH**, Passo Fundo. v. 10, n. 3, p. 242-255. Porto Alegre, 2013.

PERLINI, M. N. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2005; 39(2):154-163.

PEÑARANDA, A. P; ORTIZ, L. G; GÓNGORA, J. N. El cuidador primário de familiares com dependência: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. **Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina**. 2006.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**. v.26, n.2, p.241-50. São Paulo, 2012.

PITTA, G. B. B.; GOMES, R. R. A frequência da utilização de profilaxia para trombose venosa profunda em pacientes clínicos hospitalizados. **J Vasc Bras**. v.9, n.4, p.220-228. Alagoas, 2010.

RUFINO, G. P., GURGEL, M. G., PONTES, T.; ET. AL. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista Brasileira Clínica Médica**. v.10, n.4, p.291-297. João Pessoa, 2012.

SANTOS, G.; SOUSA, L. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. **Revista Kairós Gerontologia**. v.16, n.2, p.07-25. São Paulo, 2013.

SANTOS, M. I. P. O.; CHAVES, E. C.; SARGES, N. A. Impacto da hospitalização na independência funcional de idosos com doenças cardiovasculares. **Journal of nursing and health**. v.4, n.2, p.110-122. Belém do Pará, 2014.

SAVASSI, L. C. M.; BOGUTCHI, T. R.; OLIVEIRA, A. P. S. A influência da internação compulsória em hospitais-colônia na qualidade de vida de cuidadores e pacientes com sequelas de hanseníase. **Hansen Int.** v. 34, n.2, p.21-31. Bauru, 2009.

SOUZA, I. C. P.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C. S. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev Min Enferm.** v.18, n.1, p.164-172. Belo Horizonte, 2014.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa:** guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, N. D. S. H.; LAMY FILHO, F.; GAMA, M. E. A.; et. al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** v.21, n.1, p.85-98. São Luis, 2011.

SOUSA, A. M. D.; DUTRA, L. M. A. Qualidade de vida dos pacientes submetidos a transplante renal no Hospital Regional da Asa Norte. **Com. Ciências Saúde.** v.24, n.1, p.9-20. Brasília, 2013.

SOUZA, A. A.; MATTAR, C. A.; ALMEIDA, P. C. C.; et.al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. **Rev Bras Queimaduras.** v.8, n.3, p. 87-90. São Paulo, 2009.

TAMIOZZO, D.; DALLAZEN, F.; CRUZ, D. T.; et. al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: aplicação do questionário whoqol-bref. **Revista Contexto & Saúde.** v.10, n. 20, p.445-453. Ijuí, 2011.

TANI, G. Esporte, educação e qualidade de vida. In: MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R. (Orgs.). Esporte como fator de qualidade de vida. **UNIMEP.** p.103-16. Piracicaba, 2002.

TERERAN, N. P.; ZANEI, S. S.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida prévia à internação em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva.** v.24, n.4, p.341-6. São Paulo, 2012.

URBANETTO, J. S.; ROBERTA, M.; CARVALHO, S. M.; et. al. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. **Rev Bras Enferm.** v.65, n.6, p.950-4. Santa Maria, 2012.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem.** v.25, n.3, p.334-9. Porto Alegre, 2012.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares.** Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a), o Sr (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida dos pacientes e em seus familiares”. A pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar os efeitos da hospitalização prolongada em pacientes bem como em seus familiares, como objetivos específicos: Caracterizar o perfil bio-sócio-demográfico dos pacientes e familiares participantes da amostra, descrever os efeitos causados pela hospitalização prolongada, analisar quais os fatores adotados para internação hospitalar e verificar o impacto que a hospitalização causa na vida dos familiares e pacientes, através da avaliação da qualidade de vida destes.

A coleta de dados será realizada nas Unidades de Terapia Intensiva e Enfermarias do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), com indivíduos que se encontram em permanência hospitalar prolongada, onde os sujeitos serão abordados e convidados a participar do estudo, eles responderão questionários previamente selecionados e validados. Serão resguardados todos os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, ao (s) sujeito (s) da pesquisa.

Este estudo possui riscos inerentes, porém, mínimos como a quebra de sigilo dos resultados obtidos e violação do anonimato, os pesquisadores responsabilizam-se em manter a privacidade de cada participante. Os dados obtidos durante o estudo serão guardados em segurança, sendo da responsabilidade dos pesquisadores a sua guarda, os quais não deverão ser fornecidos a indivíduos que não estejam envolvidos na pesquisa. A quebra de sigilo também é um risco, mas para minimizar, as fichas não constarão o nome do indivíduo, os mesmos serão identificados por números.

Os benefícios decorrentes da sua participação serão satisfatórios uma vez que, trará rendimento para a população e os profissionais de saúde, além de contribuir positivamente para aqueles que buscam melhorias e qualidade nos serviços prestados pelo o HUAC.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo qualquer obrigatoriedade, respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados e informações fornecidos por mim permanecerão em sigilo e que minha identidade permanecerá em anonimato, sendo o

resultado desta pesquisa apresentado em defesa pública e, eventualmente, poderão ser publicados.

O Sr (a) não terá nenhuma despesa por participar desta pesquisa e também não receberá pagamento algum. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação na pesquisa, o Sr (a) será indenizado (a). Se houver recusa de participação no estudo não será penalizado de forma nenhuma e terá o direito de retirar o consentimento da participação a qualquer momento e etapa da pesquisa.

Ao final da pesquisa, se for interesse do pesquisado, este terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse do pesquisado, e a outra com o pesquisador responsável. Todas as folhas serão assinadas pelo pesquisado e pesquisador.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento poderá contatar com a pesquisadora: Renata Pereira da Silva [renaataaps@gmail.com](mailto:renaataaps@gmail.com) e tel: (83) 33353258 ou (83) 87441279. Qualquer outro questionamento quanto ao andamento da pesquisa, entre em contato com as pesquisadoras responsáveis Priscilla Indianara Di Paula Pinto [prisindianara@hotmail.com](mailto:prisindianara@hotmail.com) e tel: (83) 96115769 Ana Maria Cartaxo de Alencar [anamariacartaxo@yahoo.com.br](mailto:anamariacartaxo@yahoo.com.br) e tel: (83) 99732904.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, pode-se consultar: CEP/ UEPB - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Estadual da Paraíba. Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB, CEP 58429-500. Telefone/Fax: (83) 3315.3300.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

---

Pesquisador responsável

---

Voluntário participante

**APÊNDICE B – Questionário Bio-Sócio-Demográfico****IDENTIFICAÇÃO (Nº):** \_\_\_\_\_**IDADE (ANOS):** \_\_\_\_\_**SEXO:**  MASCULINO  FEMININO**COR DA PELE:**  BRANCO  NÃO BRANCO

(Quesito a ser respondido pelo entrevistador)

**RESIDE SOZINHO:**  SIM  NÃO**ESTADO CIVIL:**  CASADO  SOLTEIRO  SEPARADO  VIÚVO**ESCOLARIDADE (ANOS DE ESTUDO):** \_\_\_\_\_**OCUPAÇÃO:**  AUTONOMO  EMPREGADO  DO LAR  APOSENTADO AFASTADO  ESTUDANTE**RELAÇÃO COM O DOENTE**

(Quesito a ser respondido quando o entrevistado for o familiar):

CÔNJUGE PAI/MÃE FILHO/FILHA IRMÃO(Ã) AMIGO(A) 

OUTRO, QUAL: \_\_\_\_\_

**JÁ TEVE ALGUMA EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM INTERNAÇÕES:**

(Quesito a ser respondido quando o entrevistado for o paciente):

SIM  NÃO **TEMPO DE INTERNAÇÃO:** \_\_\_\_\_

(Quesito a ser respondido quando o entrevistado for o paciente)

**APÊNDICE C – Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente orientador co-orientador e orientando da pesquisa intitulada: EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA: O IMPACTO DA INTERNAÇÃO NA VIDA DOS PACIENTES E EM SEUS FAMILIARES, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, ao (s) sujeito (s) da pesquisa, ao Estado e à Resolução CEP/UEPB.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo sob sigilo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa e seus nomes não serão revelados. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/UEPB (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, informações sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

**ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Autorização Institucional



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CNPJ: 12.671.814/0001-37  
Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB, CEP 58429-500,  
Telefone: (83) 3315.3300

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida dos pacientes e seus familiares” que será realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), desenvolvida pela aluna Renata Pereira da Silva do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Priscilla Indianara Di Paula Pinto.

Campina Grande, 28 de abril de 2015

*Dra. Berenice Ferreira Ramos*  
Diretora Geral - HUAC/UFCG  
Matrícula SIAPE 1680351

Responsável  
HUAC/UFCG

**ANEXO B – Questionário sobre qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida.**

**WHOQOL - ABREVIADO**

(Versão em Português)

**Instruções:**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
--	--	------	----------------	------------------	----------	--------------

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
	Você tem energia					

10	suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de	1	2	3	4	5

17	desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos	1	2	3	4	5

	serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					

**ANEXO C – Questionário sobre os níveis de sobrecarga física e mental do familiar cuidador.**

**ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)**

(Zarit & Zarit, 1987; tradução para o português: Márcia Scazufca)

Nº	Enunciado/Pontuação	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (algumas vezes)	3 (frequentemente)	4 (sempre)
1	O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?					
2	O Sr/Sra sente que por causa do tempo que gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?					
3	O Sr/Sra se sente estressado (a) em cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4	O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S*?					
5	O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S* está por perto?					
6	O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7	O Sr/Sra sente receio pelo futuro do S*?					
8	O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
9	O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* está por perto?					
10	O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
	O Sr/Sra sente que o					

11	Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
12	O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
13	O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do S*?					
14	O Sr/Sra sente que S* espera que cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse à única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15	O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
16	O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
17	O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
18	O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
19	O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S*?					
20	O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
21	O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					

Nº	Enunciado/Pontuação	0 (nem um pouco)	1 (um pouco)	2 (moderadamente)	3 (muito)	4 (extremamente)
	De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente					

22	sobrecarregado (a) por cuidar de S*?					
----	---	--	--	--	--	--

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –  
CONEP  
PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Domilcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**Título da Pesquisa:** EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA: O IMPACTO DA INTERNAÇÃO NA VIDA DOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES

**Pesquisador:** PRISCILLA INDIANARA DI PAULA PINTO

**CAAE:** 45889815.7.0000.5187

**Data da 1ª relatoria:** 11/06/2015

**Data da 2ª relatoria:** 20/07/2015

**Apresentação do Projeto:** Caracteriza-se como um estudo de natureza exploratória, descritiva, transversal e quantitativa. Para isto, serão aplicados questionários para avaliar a qualidade de vida e sobrecarga do familiar cuidador, tendo sido escolhidos como instrumentos para tais, o questionário Whoqol-abreviado (WHOQOL-BREF) e Zarit Burden Interview (ZBI). Os seus preenchimentos serão autoaplicáveis, porém o pesquisador poderá completar caso o paciente ou o familiar estiver impossibilitado de registrar. A pesquisa será analisada a partir da elaboração de banco de dados e análise estatística descritiva simples e utilização do software Statistical Package for the Social Sciences-SPSS base para Windows, versão 21.0. Este estudo servirá como um meio de conhecimento sobre esta temática que ainda é pouco estudada na população e poderá servir como incentivo a novas pesquisas e projetos, que visem assegurar que estes impactos causados pela hospitalização prolongada não afete a qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares.

**Objetivo da Pesquisa:** Analisar os efeitos da hospitalização prolongada na vida dos pacientes bem como em seus familiares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** A pesquisa poderá incorrer em riscos como a quebra de sigilo dos resultados obtidos e violação do anonimato. Para minimizá-los, as fichas não constarão o nome dos indivíduos, os mesmos serão identificados por números. Benefícios: Acredita-se que os resultados advindos do presente trabalho beneficiará a comunidade científica, pois possibilitará a dimensão concreta e real da problemática, de forma a nortear uma intervenção resolutiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** A pesquisa tem relevância.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Os termos encontram-se presentes.

**Recomendações:** Sem mais recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Sem pendências. O projeto encontra-se em sua segunda apreciação ética, tendo sido atendida as recomendações realizadas em 11/06/2015. Diante do exposto, somos pela aprovação.