



Paulo Alberto Tayar Peres^a

<https://orcid.org/0000-0002-4595-943X>

Cassia Maria Buchalla^b

<https://orcid.org/0000-0001-5169-5533>

Soraia Micaela Silva^{a,b,c}

<https://orcid.org/0000-0002-5929-3253>

^a Universidade Nove de Julho, Programa de Graduação em Fisioterapia. São Paulo, SP, Brasil.

^b Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

^c Universidade Nove de Julho, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. São Paulo, SP, Brasil.

Contato:

Soraia Micaela Silva

E-mail:

soraia.micaelaa@gmail.com

Os autores declaram que o estudo não foi subvencionado e que não há conflitos de interesses.

Os autores informam que o trabalho não é baseado em tese ou dissertação e não foi apresentado em eventos científicos.

Aspectos da sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados: uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Burden and quality of life of hospitalized patients' caregivers: an analysis based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Resumo

Objetivo: caracterizar o perfil e a relação entre sobrecarga e qualidade de vida (QV) de cuidadores de pacientes hospitalizados de acordo com o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Analisar a correlação entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência motora e cognitiva do paciente. **Métodos:** estudo transversal com 68 cuidadores de pacientes hospitalizados há 12 ou mais dias. Para avaliação da QV e da sobrecarga dos cuidadores foram utilizados, respectivamente, o *Short Form Health Survey* (SF-36) e a escala de Zarit (*Zarit Burden Interview*). Utilizou-se a Medida de Independência Funcional para caracterizar a dependência motora e cognitiva dos pacientes. Os resultados foram relacionados aos conceitos da CIF. **Resultados:** de acordo com os qualificadores da CIF, um comprometimento progressivo na QV dos cuidadores foi observado com o aumento da sobrecarga. Houve correlação negativa, estatisticamente significativa e de fraca magnitude, entre a percepção de QV e sobrecarga. Não houve correlação entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do paciente. **Conclusão:** o SF-36 é capaz de analisar 13 categorias da CIF, permitindo avaliar o cuidador de forma integral, de acordo com o modelo biopsicossocial, e facilitando o uso da CIF na prática clínica.

Palavras-chave: cuidadores; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; qualidade de vida; sobrecarga; pacientes hospitalizados.

Abstract

Objective: to characterize the profile and the relationship between burden and quality of life (QOL) of hospitalized patients' caregivers according to the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) biopsychological model. To analyze the correlation between caregiver's burden and the level of patients' motor and cognitive dependency. **Methods:** cross-sectional study, involving 68 caregivers of patients hospitalized for 12 or more days. Caregivers' QOL and burden were assessed by the Short Form Health Survey (SF-36) and the Zarit scale (Zarit Burden Interview), respectively. Functional Independence Measure was used to characterize patients' motor and cognitive dependency. The relationship between the results and the ICF concepts was analyzed. **Results:** according to ICF qualifiers, a progressive impairment in the caregivers' QOL was observed with burden increasing. There was a statistically significant negative correlation, of low magnitude, between perception of QOL and burden. There was no correlation between caregiver's burden and patient's dependency level. **Conclusion:** SF-36 can analyze 13 ICF categories. It allows evaluating caregivers in a comprehensive way and in accordance with the biopsychosocial model. It can also help to apply ICF in clinical practice.

Keywords: caregivers; International Classification of Functioning, Disability and Health; quality of life; burden; hospitalized patients.

Recebido: 23/06/2017

Revisado: 05/09/2017

Aprovado: 25/10/2017

Introdução

A internação hospitalar prolongada pode culminar em alterações neurológicas e musculares por vezes até irreversíveis¹; e em virtude do número limitado de profissionais especializados em hospitais públicos, observa-se a necessidade de cuidadores na atenção ao paciente hospitalizado. No Brasil, frequentemente os familiares assumem a função de cuidadores, porém ainda de forma desassistida e sem apoio de programas governamentais efetivos². O guia prático do Ministério da Saúde³ define claramente que a função de cuidador envolve domínios da vida, que vão além do ato de prestar cuidados de higiene, alimentação e medicação³, como são os cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. Cuidar envolve também doar seu tempo, fazer companhia, zelar pela educação e cultura, auxiliar na recreação e melhorar a qualidade de vida (QV) do paciente³. Para tanto, o cuidador altera sua rotina, restringe sua vida social e profissional e pode ter prejuízos financeiros por abdicar de seu tempo de trabalho.

De acordo com Maurin e Boyd⁴, a sobrecarga pode ser dividida em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva está relacionada às consequências negativas do papel de cuidador: por exemplo, alterações na rotina, restrição da vida social e profissional e perdas financeiras. O aspecto subjetivo da sobrecarga refere-se às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados pelo trabalho de cuidar de um paciente⁴. Portanto, o cuidador pode se sobrecarregar física, social e emocionalmente, o que acarreta ansiedade, estresse, desarranjo pessoal, declínio da qualidade de vida e sobrecarga financeira^{5,6}.

Todos esses fatores influenciam a funcionalidade do cuidador, e esses aspectos são avaliados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁷, cujo modelo baseia-se na abordagem biopsicossocial, usada para integrar as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social).

A CIF é dividida em duas partes: a primeira abrange os componentes da estrutura e da função corporal, a atividade e a participação; a segunda cobre os fatores contextuais, incluindo fatores ambientais e pessoais. Essas duas partes formam o modelo conceitual da funcionalidade e incapacidade humana da CIF, também chamado de modelo biopsicossocial. As estruturas e funções corporais referem-se a partes anatômicas e funções fisiológicas, respectivamente. O termo “atividade” representa a perspectiva individual e refere-se às capacidades do indivíduo em realizar ações e tarefas cotidianas

em diversos contextos⁷. Já “participação” refere-se à experiência do indivíduo em situações da vida real e leva em consideração o envolvimento do indivíduo na sociedade, representando a perspectiva social da funcionalidade⁷.

Apesar de diversos estudos retratarem o impacto da sobrecarga de cuidadores de pacientes em diversas condições de saúde⁸⁻¹¹, há poucos dados referentes a cuidadores de pacientes hospitalizados e nenhum estudo conhecido pelos autores dessa pesquisa que relacione esses aspectos aos componentes do modelo biopsicossocial da CIF.

Nessa perspectiva, é relevante facilitar a utilização da CIF na prática clínica e aumentar a atenção ao cuidador, avaliando-o de modo integral, utilizando o modelo biopsicossocial proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Destaca-se a importância de analisar de forma abrangente os encargos de cuidadores informais, de modo a subsidiar políticas públicas de saúde e programas assistenciais destinados a apoiá-los. Assim, os objetivos deste estudo foram: caracterizar o perfil e a relação entre sobrecarga e QV de cuidadores de pacientes hospitalizados de acordo com o modelo biopsicossocial da CIF e analisar a correlação entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência motora e cognitiva do paciente.

Métodos

Estudo observacional analítico de corte transversal, composto por uma amostra de conveniência de cuidadores informais que auxiliavam pacientes nas enfermarias de internação do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (São Paulo, Brasil). A pesquisa foi realizada de março a novembro de 2014.

Para os cuidadores, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior ou igual a 18 anos, estar cuidando, por no mínimo 12 dias, de indivíduos internados com incapacidade total ou parcial para cuidarem de si mesmos e ter compreensão e responsabilidade sobre o paciente. Foram excluídos cuidadores que apresentassem comprometimento cognitivo rastreado por meio do mini exame do estado mental, sendo os pontos de corte considerados conforme descrito por Bertolucci¹².

Este estudo obedeceu aos princípios da Declaração de Helsinque, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados da possibilidade de se retirarem da pesquisa em qualquer fase. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (Uninove – São Paulo, Brasil) analisou e aprovou o estudo sob o protocolo nº 448.347/2013.

Instrumentos/procedimentos

Três instrumentos de avaliação foram utilizados. Para avaliação da sobrecarga dos cuidadores foi utilizada a escala de Zarit (*Zarit Burden Interview*) em versão brasileira validada^{13,14}, composta por 22 questões que aferem a sobrecarga do cuidador associando-a ao desarranjo funcional e comportamental do paciente e à situação domiciliar. As respostas variam de 0 a 4: (0) nunca, (1) raramente, (2) algumas vezes, (3) frequentemente e (4) sempre. A interpretação do escore alcançado divide-se em 4 níveis: 0-21, pouca ou nenhuma sobrecarga; 21-40, leve a moderada; 41-60, moderada a severa; e 61-88, severa¹⁵.

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário *Short Form Health Survey* (SF-36)¹⁶, um instrumento genérico de fácil administração e compreensão que considera a percepção do indivíduo quanto a seu estado de saúde, contemplando os aspectos mais representativos da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)¹⁶. O SF-36 é composto por 36 itens, subdivididos em 8 domínios. Cada item apresenta de duas a seis possibilidades de respostas, e um escore final de 0 a 100, no qual 0 corresponde à pior e 100 à melhor QVRS¹⁵. A identificação das categorias da CIF avaliadas pelo SF-36 foi baseada no estudo de Frez et al.¹⁷. O Quadro 1 elucida a relação entre os domínios do SF-36 e as categorias da CIF.

Quadro 1 Identificação das categorias da CIF* relacionadas aos domínios do SF-36**

Domínios SF-36	Categoria da CIF	Descrição da categoria da CIF
Capacidade funcional	b760 d2 d4	Funções de controle do movimento voluntário Realizar uma única tarefa Mobilidade
Limitação das atividades físicas	b1644	Autoconhecimento
Dor	b280	Sensação de dor
Estado geral de saúde	b d	Funções corporais Atividades
Vitalidade	b1300 b4550	Nível de energia Resistência física geral
Aspectos Sociais	b122 d7	Funções psicossociais globais Interações e relacionamentos interpessoais
Aspectos emocionais	b152	Funções emocionais
Saúde mental	b199	Funções mentais, não especificadas

* CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

**SF-36: *Short Form Health Survey*.

Fonte: adaptado de Frez et al. 2014¹⁷.

Cada uma dessas categorias pode ser classificada pelos qualificadores da CIF, que variam de .0 a .4; quanto maior o qualificador, maior a gravidade do problema. Entretanto, as pontuações do SF-36 são maiores para indivíduos com melhor qualidade de vida. Por causa desse relacionamento inverso, foi calculada a diferença entre a máxima pontuação do SF-36 e as gamas de descritores quantitativos da CIF¹⁷. A relação entre os qualificadores da CIF e a pontuação do SF-36 é elucidada no Quadro 2.

Quadro 2 Relação entre os qualificadores da CIF* e a pontuação do SF-36**

Qualificadores da CIF	Escore SF-36
.0 Nenhum problema	96 – 100
.1 Problema leve	76 – 95
.2 Problema moderado	51 – 75
.3 Problema severo	5 – 50
.4 Problema completo	0 – 4

* CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

** SF-36: *Short Form Health Survey*.

Fonte: adaptado de Frez et al. 2014¹⁷.

Para caracterizar o nível de independência funcional dos pacientes, utilizou-se a Medida de Independência Funcional (MIF), um instrumento capaz de quantificar o grau de solicitação de cuidados exigidos pelas tarefas da vida diária^{18,19}. Nele, 18 atividades reunidas em dois domínios (motor e cognitivo) e seis subescalas (autocuidado, transferências, locomoção, controle esfíncteriano, comunicação e cognição social) foram avaliadas segundo relato do entrevistado e pontuadas de 1 a 7, obedecendo ao nível crescente de independência^{18,19}. Neste estudo, aplicou-se a MIF sob a forma de entrevista, na qual os cuidadores respondiam às perguntas de acordo com o perfil do paciente.

A avaliação foi realizada por examinadores devidamente treinados com uma abordagem teórica e prática dos instrumentos.

Análise estatística

Para caracterizar a amostra, utilizou-se a estatística descritiva, por meio de média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas, como a idade dos cuidadores. A frequência foi utilizada para sumarizar as variáveis categóricas, caracterizando a amostra em relação ao sexo e ao grau de parentesco com o paciente. As variáveis não paramétricas, referentes aos escores dos instrumentos de avaliação, foram sumarizadas em mediana e intervalo interquartil.

O grau de associação entre os instrumentos foi analisado por meio do coeficiente de correlação de

Spearman (ρ). A força ou magnitude do relacionamento entre as variáveis foi classificada como fraca (coeficiente de correlação entre 0,1 a 0,3), moderada (entre 0,4 a 0,6) e forte (entre 0,7 a 0,9), considerando os mesmos aspectos em caso de correlações negativas²⁰. Em todas as análises inferenciais foi considerado um nível de significância $\alpha = 0,05$.

Resultados

Dos 92 cuidadores de pacientes internados no Conjunto Hospitalar do Mandaqui no período da pesquisa, 24 foram excluídos, pois os pacientes não estavam há 12 ou mais dias internados ou tiveram alta antes das entrevistas. Assim, a amostra foi composta por 68 indivíduos. A avaliação da sobrecarga desses participantes identificou: 19 cuidadores com pouca ou nenhuma sobrecarga, 36 com sobrecarga de leve a moderada, 12 com moderada a severa e 1 com severa. As características clínico-demográficas dos cuidadores estão apresentadas na **Tabela 1**.

Na **Tabela 2** observa-se que, segundo os qualificadores da CIF, a QVRS está intimamente relacionada ao nível de sobrecarga dos cuidadores. Os indivíduos

com pouca ou nenhuma sobrecarga apresentaram qualificadores que variaram de nenhum problema a problemas leves e moderados. Entretanto, no grupo com sobrecarga de leve a moderada foram reportados, predominantemente, qualificadores moderados. No grupo com sobrecarga de moderada a severa houve maior comprometimento da QVRS, principalmente nos domínios de dor, vitalidade e aspectos emocionais. Por fim, no grupo severo predominaram qualificadores que indicam problemas severos e completos (**Tabela 2**). Portanto, nota-se que os indivíduos com pouca ou nenhuma sobrecarga apresentaram pouco comprometimento da QVRS, enquanto os cuidadores com sobrecarga de leve/moderada e moderada/severa tiveram maior comprometimento da QVRS.

Acerca da correlação entre a qualidade de vida e a sobrecarga dos cuidadores (**Tabela 3**), observou-se correlação negativa, estatisticamente significativa e de fraca magnitude, entre a percepção geral de QVRS e sobrecarga. Apenas no domínio “vitalidade” foi possível verificar uma correlação negativa de moderada magnitude e estatisticamente significativa.

Não foi identificada correlação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do paciente ($\rho = 0,17$; $p > 0,05$).

Tabela 1 Características pessoais e domínios de qualidade de vida (SF-36)* de cuidadores de pacientes internados segundo níveis de sobrecarga

Variável	Sobrecarga (Burden)			
	Pouco/nenhuma (n = 19)	Leve/moderada (n = 36)	Moderada/severa (n = 12)	Severa (n = 1)
Dados pessoais				
Sexo: M/F	0 / 19	2 / 34	1 / 11	0/1
Idade (anos) **	48 (10)	47 (13)	52 (10)	59
Grau de Parentesco: família / não família***	14 / 5	29 / 7	11 / 1	1/0
SF-36 ****				
Capacidade funcional	80 (68-95)	80 (60-90)	85 (52-97)	70
Limitação das atividades físicas	100 (38-100)	75 (25-100)	75 (6-100)	0
Dor	61 (51-72)	52 (41-73)	41,5 (40-58)	22
Estado geral de saúde	65 (51-84)	67 (55-79)	66 (52-84)	20
Vitalidade	75 (58-88)	55 (40-65)	50 (36-65)	20
Aspectos sociais	88 (75-100)	75 (63-100)	75 (37-87)	62,5
Aspectos emocionais	67 (17-100)	67 (0-100)	0 (0-100)	0
Saúde mental	76 (56-86)	64 (52-72)	60 (44-77)	48
Escore total SF-36	74 (56-86)	64 (56-73)	57,5 (45-72)	30

* SF-36: Short Form Health Survey.

** Média (DP).

*** Grau de parentesco: família (cônjuges, pais, filhos, irmãos e netos) e não família (cunhados, tios, amigos e outros).

**** Valores expressos em medianas e intervalos interquartis (25 e 75%).

Tabela 2 Classificação da pontuação dos escores do SF-36* de acordo com os qualificadores da CIF** e nível de sobrecarga de cuidadores de pacientes internados

Domínios SF-36***	Sobrecarga dos cuidadores (Burden)							
	Pouco/Nenhuma		Leve/Moderada		Moderada/Severa		Severa	
	Escore SF-36	Qualificador da CIF	Escore SF-36	Qualificador da CIF	Escore SF-36	Qualificador da CIF	Escore SF-36	Qualificador da CIF
CF	80	.1 – leve	80	.1 – leve	85	.1 – leve	70	.2 – moderado
LAF	100	.0 - nenhum	75	.2 - moderado	75	.2 – moderado	0	.4 – completo
Dor	61	.2- moderado	52	.2- moderado	41,5	.3 – severo	22	.3 – severo
EGS	65	.2 - moderado	67	.2 - moderado	66	.2 – moderado	20	.3 – severo
V	75	.2 - moderado	55	.2 - moderado	50	.3 – severo	20	.3 – severo
AS	88	.1 – leve	75	.2 - moderado	75	.2 – moderado	62,5	.2 – moderado
AE	67	.2 - moderado	67	.2 - moderado	0	.4 – completo	0	.4 – completo
SM	76	.1 – leve	64	.2 - moderado	60	.2 – moderado	48	.3 – severo
Total	74	.2 - moderado	64	.2 - moderado	57,5	.2 – moderado	30	.3 – severo

* SF-36: Short Form Health Survey.

** CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

*** CF: Capacidade Funcional; LAF: Limitações das Atividades Físicas; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental.

Tabela 3 Correlação entre níveis de sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores (n=68)

Domínios SF-36	Sobrecarga (Burden) (rho)
Capacidade funcional	-0,08
Limitação das atividades físicas	-0,29**
Dor	-0,30**
Estado geral de saúde	-0,19
Vitalidade	-0,40**
Aspectos sociais	-0,32*
Aspectos emocionais	-0,08
Saúde mental	-0,30**
Score total SF-36	-0,30**

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01.

SF-36: Short Form Health Survey

rho: Coeficiente de correlação de Spearman.

Discussão

A temática deste estudo tem instigado crescente interesse científico e a necessidade de seu aprofundamento com relação ao cuidador. As diferenças de sobrecarga reforçam a necessidade de planejamento de ações de saúde para avaliar cada tipo de cuidador, visando reduzir o impacto social e pessoal que recai sobre eles.

Em relação às características demográficas da amostra, observou-se que houve predominância do sexo feminino e que a maior parte dos cuidadores eram familiares dos pacientes. Dados sobre cuidadores de pacientes hospitalizados são escassos,

porém, tendo como base a literatura científica nacional e internacional, que descreve os cuidadores, em sua maioria, como mulheres, filhas ou esposas dos pacientes, pode-se inferir que a amostra avaliada confirma estudos prévios^{10,21-23}. O predomínio desse perfil pode estar relacionado a questões socioculturais que atribuem à mulher o papel de principal cuidadora da família e de entes próximos²⁴.

Nesse sentido, a CIF facilita o diagnóstico situacional, colhendo informações para a formulação de políticas públicas de saúde que garantam o direito à saúde de cuidadores de pacientes hospitalizados. Além disso, o modelo biopsicossocial analisado pela CIF complementa a avaliação funcional, podendo subsidiar e direcionar diretrizes terapêuticas caso seja necessário.

O agrupamento das questões do SF-36 com os componentes e categorias da CIF permite avaliar a funcionalidade como um todo, considerando a complexidade das condições físicas e sociais dos indivíduos, conforme preconizado pela OMS. Esse modelo de avaliação biopsicossocial aprofunda a avaliação da QVRS, inclusive de outras populações^{6,17}. Com o SF-36 foi possível analisar 13 categorias da CIF, que puderam ser codificadas com os qualificadores da própria classificação (**Quadro 1, Tabela 2**). Dessa forma, em um estudo longitudinal, podemos aplicar essa metodologia para avaliar estruturas, funções corporais, atividade e participação, estabelecendo comparações ao longo do tempo, antes e depois das intervenções. Esse tipo de análise facilita a inserção da classificação na prática clínica.

Acerca da avaliação dos cuidadores por meio do SF-36, observou-se que o grupo com sobrecarga moderada a severa apresentou tendência a uma pior percepção de QVRS. Relatos da literatura reportam que o cuidador com menores níveis de qualidade de vida tem mais riscos de desenvolver doenças como depressão, principalmente quando o paciente é mais dependente^{14, 25}.

No entanto, neste estudo, não foi identificada correlação entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do paciente. Isso pode ser explicado pelo fato dos cuidadores receberem ajuda de profissionais de saúde na higiene e transporte do paciente durante o período de internação, assim, o grau de solicitação dos cuidadores tende a ser menor. Dessa forma, inferimos que, nesse caso, a sobrecarga dos cuidadores é oriunda de outros fatores que causam declínio na QVRS, como o fato de deixarem seus próprios interesses e atividades profissionais. Esses resultados refutam os achados de um estudo prévio, em que a percepção de cuidadores familiares de pacientes hospitalizados foi previamente analisada e correlacionada com o nível de dependência dos pacientes, sendo observadas nos cuidadores sensações que incluíam sacrifício, tensão, constrangimento, raiva e perda de controle¹⁴.

A despeito da relação entre o nível de sobrecarga do cuidador e sua qualidade de vida, observaram-se correlações negativas estatisticamente significantes e de fraca magnitude entre o escore total de QVRS e os domínios “limitações das atividades físicas”, “dor”, “aspectos sociais” e “saúde mental”. Apenas no domínio “vitalidade” observou-se correlação estatisticamente significativa de moderada magnitude. Isso significa que, quanto maior a sobrecarga dos cuidadores, maior o comprometimento da vitalidade, o que pode culminar no adoecimento dos cuidadores². Por ser um fenômeno relacionado ao fardo do ato de cuidar, a sobrecarga reflete dificuldades de enfrentar situações cotidianas conflitantes, dificuldades econômicas e stress emocional²⁶. Por isso, destaca-se a importância de desenvolver estratégias de saúde também para os cuidadores. O sentimento de sobrecarga precisa ser identificado, tratado e acompanhado para que se evite o declínio da QVRS.

Contribuição de autoria

Peres, PAT contribuiu na concepção, delineamento do estudo e redação do manuscrito. Buchalla, CM contribuiu com importante crítica intelectual do conteúdo do manuscrito e com revisão da versão final publicada. Silva, SM contribuiu na análise e interpretação dos dados, na redação do manuscrito e na aprovação da versão final publicada.

Contudo, salienta-se que estudos transversais como o aqui realizado não fornecem relações de causalidade. Portanto, ressaltamos a necessidade de estudos longitudinais para determinar essas relações. Cabe destacar ainda que esta é uma pesquisa de amostragem não probabilística, e conseqüentemente há limitações de inferência estatística. Outra limitação refere-se ao fato de não analisarmos os fatores contextuais. Como não fazia parte de nossos objetivos, esse construto não foi previamente avaliado na amostra estudada; contudo, sua inclusão poderia trazer resultados mais abrangentes à pergunta da pesquisa. Assim, sugerimos que outros estudos sejam desenvolvidos considerando também os fatores ambientais e pessoais dos cuidadores.

Apesar das limitações apontadas, os resultados obtidos são de extrema relevância para a área da saúde pública e de atenção ao cuidador, pois são os primeiros dados referentes à sobrecarga e à QVRS de cuidadores de pacientes hospitalizados relacionados aos componentes da CIF. Ressalta-se ainda que este estudo facilita a utilização da CIF na prática clínica e aumenta a atenção ao cuidador, tendo em vista que esses indivíduos poderão ser avaliados de acordo com o modelo biopsicossocial proposto pela OMS.

Conclusão

O SF-36 é capaz de analisar 13 categorias da CIF, como estruturas, funções corporais, atividade e participação do indivíduo, permitindo, avaliar o cuidador de forma integral, de acordo com o modelo biopsicossocial, e facilitando o uso da CIF na prática clínica.

Neste estudo, não houve correlação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência motora e cognitiva do paciente, mas observou-se que indivíduos com pouca ou nenhuma sobrecarga apresentaram pouco comprometimento da QVRS, enquanto cuidadores com sobrecarga leve/moderada, moderada/severa e severa tiveram maior comprometimento. Por esse motivo, destaca-se a importância de desenvolver estratégias de avaliação e atenção ao cuidador de pacientes hospitalizados a fim de evitar o declínio da QVRS desses importantes atores da atenção à saúde.

Referências

1. Hermans G, De Jonghe B, Bruyningckx F, Van den Berghe G. Clinical review: critical illness polyneuropathy and myopathy. *Critical Care*. 2008;12: 238-246.
2. Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Texto Contexto Enferm*. 2011;10(2):388-98.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Arch of Psychiatr Nursing*. 1990;4(2):99-107.
5. Kusano CT, Bouldin ED, Anderson LA, McGuire LC, Salvail FR, Simmons KW, et al. Adult informal caregivers reporting financial burden in Hawaii, Kansas, and Washington: results from the 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Disabil Health J*. 2011;4(4):229-37.
6. Khanna AK, Prabhakaran A, Patel P, Ganjiwale JD, Nimbalkar SM. Social, psychological and financial burden on caregivers of children with chronic illness: a cross-sectional study. *Indian J Pediatr*. 2015;82(11):1006-11.
7. Buchalla CM, editor. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2015.
8. Eppers L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-8.
9. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014; 12; 311(10):1052-60.
10. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *Encephale*. 2003;29(2):137-47.
11. Casado B, Sacco P. Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(3):331-6.
12. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-7.
13. Scazufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(1):12-7.
14. Yeh PM, Chang Y. Use of Zarit Burden Interview in analysis of family caregivers perception among Taiwanese caring with hospitalized relatives. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):622-34.
15. Hebert R, Bravo G, Preville M. Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian J Aging*. 2000;19:494-507.
16. Ciconelli, RM et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
17. Fréz AR, Abdallah AA, Riedi C, Galindo J, Ruaro JA, Ribeiro SC. Proposta de utilização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde na avaliação da qualidade de vida de pessoas com amputação. *Fisioter Mov*. 2014;27(1):49-56.
18. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2001;8(1):45-52.
19. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Potiguara P, Pinto N, et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr*. 2004;11(2):72-76.
20. Dancy CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed; 2006.
21. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Life quality perception for the elderly with dementia and his/her caregiver: evaluation and correlation. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2):187-93.
22. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enferm*. 2008;10(3):580-90.
23. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Impacto psicossocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008;24(1):1-15.
24. Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Rev Esc Enferm*. 2012;46(2):513-517.
25. Borghi AC, Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: estudo comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(4):1-7.
26. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):652-7.