

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA

Mariana Bastos dos Santos

**Sobrecarga biopsicossocial e Estresse do cuidador de idoso
dependente, acompanhado pela Unidade Saúde da Família no
município de Sorocaba-SP**

Sorocaba-SP

2016

MARIANA BASTOS DOS SANTOS

Sobrecarga biopsicossocial e Estresse do cuidador de idoso dependente, acompanhado pela Unidade Saúde da Família no município de Sorocaba-SP

Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Prefeitura Municipal de Sorocaba, a ser apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

ORIENTADORA: Profa. Ms. Eliana de Paula Leite

COORIENTADORA: Profa. Dra. Patrícia Pereira Alfredo

COLABORADORA: Ft. Ms. Jacqueline Rossi Alvares Rodrigues

Sorocaba-SP

2016

Mariana Bastos dos Santos

Sobrecarga biopsicossocial e Estresse do cuidador de idoso dependente, acompanhado pela Unidade Saúde da Família no município de Sorocaba-SP

Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Prefeitura Municipal de Sorocaba, requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Introdução: A função do cuidador é assumida habitualmente por uma única pessoa, caracterizada como cuidador principal no ambiente familiar. A carga relacionada ao cuidado de idosos dependentes, faz com que o cuidador mereça atenção tanto quanto o idoso por ele cuidado, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a sobrecarga biopsicossocial e estresse de cuidadores informais de idosos dependentes. **Métodos:** Estudo transversal e abordagem quantitativa, com os cuidadores informais de idosos dependentes, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na Unidade Saúde da Família do Território São Bento, no município de Sorocaba-SP. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista no domicílio. Os instrumentos utilizados foram um questionário semiestruturado, contendo variáveis sócio-demográficas; o Índice de Katz para avaliação do grau de dependência dos idosos e a Escala Zarit Burden Interview para avaliação da sobrecarga dos cuidadores. **Resultados:** Os estudos encontrados apontaram que os cuidadores apresentam sobrecarga moderada, verificou-se que, para o estado civil: os sem companheiro (separados, solteiros ou viúvos), tendem a ter maior nível de sobrecarga que os casados/com companheiro. **Conclusão:** os profissionais de saúde precisam buscar uma atenção centrada na família, incluindo seu ambiente físico e social, biopsicossocial, ampliando seus conhecimentos no processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que ultrapassa as práticas curativas, direcionando na implementação de estratégias que melhorem e reduzam a sobrecarga de trabalho nos cuidadores de idosos dependentes, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar.

Palavras-chave: Fisioterapia; Cuidadores; Saúde do idoso; Assistência domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	6
3. METODOLOGIA	7
3.1 Delineamento do estudo	7
3.2 Local	7
3.3 População e amostra	7
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	8
3.5 Procedimentos	8
3.6.1 Dados do Cuidador	9
3.6.2 Índice de KATZ	9
3.6.3 Zarit - Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores	9
3.6.4 Cartilha Ilustrativa de Exercícios para os Cuidadores	10
3.7 Análise Estatística	11
4 RESULTADOS	12
4.1 Análise Descritiva Geral	12
4.2 Análise de Consistência Interna das Escalas	19
4.3 Análise Comparativa entre Sobrecarga	20
5 DISCUSSÃO	26
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	33
7 RECOMENDAÇÕES FUTURAS	33
8 CONCLUSÃO	34
9 RETORNO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXO	45
ANEXO 1 - CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA QUE ENVOLVA SERES HUMANOS	45

ANEXO 2 - DADOS DO CUIDADOR	47
ANEXO 3 - ÍNDICE DE KATZ (modificado)	48
ANEXO 4 - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (Zarit)	50
ANEXO 5 - Cartilha de Exercícios para os Cuidadores	52

1. INTRODUÇÃO

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) / Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como princípio a assistência integral na atenção básica em saúde e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações são individuais ou coletivas e estão situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação¹. Tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital².

Para fortalecimento da PSF e na melhoria da resolubilidade da Atenção Básica, foi criado em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações na Atenção Básica³.

A partir da implantação da PSF observou-se a importância da inclusão do fisioterapeuta na equipe. A inserção do fisioterapeuta se deu principalmente pela grande demanda nos atendimentos aos pacientes acamados. Posteriormente, agregou-se nas intervenções preventivas e educativas juntamente a uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar, nas Unidades Básicas de Saúde da Família⁴.

De forma gradativa a fisioterapia vem conquistando novos espaços no âmbito da saúde coletiva, visto que, essa categoria de profissionais habitualmente é rotulada por meio de ações curativas e reabilitadoras, em consequência à própria origem da Fisioterapia, que desde o início sempre esteve direcionada à recuperação e à reabilitação⁵.

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF. Os profissionais que compõem as equipes do NASF preenchem seis categorias distintas, seguindo as normas da portaria: fisioterapeuta, assistente social,

farmacêutico, nutricionista, preparador físico e psicólogo. Estas categorias foram escolhidas por causa da demanda reprimida de pacientes para essas áreas e pelos diversos agravos à saúde crônicos, incapacitantes e sociais dos territórios definidos no município⁶.

A equipe NASF, na qual o fisioterapeuta está inserido, atua dando suporte às equipes ESF por meio do apoio matricial que é uma forma de gestão em saúde onde os casos são compartilhados nos momentos de reuniões em equipes multiprofissionais; da clínica ampliada, onde são considerados os determinantes universais e particulares do processo de adoecimento, sem esquecer-se da existência e da gênese da patologia; do projeto terapêutico singular e do projeto de saúde no território⁷.

As atribuições do processo de trabalho do fisioterapeuta consistem na realização de acolhimento, atendimento individual na unidade, atendimento compartilhado, atendimento domiciliar, grupos terapêuticos, intervenções educativas, assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, atuar de forma integral às famílias (ações interdisciplinares e intersetoriais), participação de matriciamentos/reuniões de equipes e entre outros⁸.

Os profissionais devem se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, planejando, atuando e avaliando resultados em conjunto com as equipes da ESF. Sendo assim o NASF não constitui porta de entrada ao sistema de saúde⁷.

Na prática, as ações são centradas na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença que vão além de práticas curativas².

As equipes da Saúde da Família precisam conhecer a realidade das famílias sob sua cobertura de abrangência conforme suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Portanto é necessário identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais essa população está exposta; elaborar com a comunidade planos locais para

enfrentamento dos problemas de saúde; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos⁹.

Na nossa prática como fisioterapeuta, no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde do São Bento do município de Sorocaba-SP, concentra-se uma alta demanda de pacientes dependentes em suas atividades básicas da vida diária e instrumentais, ocasionando uma sobrecarga em seus cuidadores.

Segundo os Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que em 2025 o Brasil terá a sexta população de idosos, estimada em 15% de idosos, o que corresponde a aproximadamente 33 milhões de pessoas com mais de 60 anos¹¹.

O país evidencia-se uma mudança no perfil epidemiológico pelo aumento da expectativa de vida e pelas mudanças de alguns indicadores de saúde, como a queda de fecundidade e da mortalidade (Brasil, 2010). Portanto, a longevidade não é sinônimo de doença, mas o próprio processo de envelhecimento natural pode promover o desencadeamento de doenças¹².

Entretanto há naturalmente um aumento da incidência de enfermidades crônicas não transmissíveis e incapacitantes no idoso, que podem comprometer a sua autonomia pelas alterações sociais, físicas e cognitivas e/ou emocionais, o que gera maior demanda de cuidados permanentes por parte do grupo familiar cuidador¹³.

No contexto da atenção domiciliar, os cuidadores em sua maioria são informais, pois geralmente é um integrante da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas não remunerados economicamente que assumem a responsabilidade e cuidado ao portador de enfermidade debilitante no domicílio ou em instituições que oferecem atenção ao idoso dependente¹⁴.

Nesse sentido entendemos, como Sánchez¹⁵ que há diferentes níveis de dependência: “a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural

que atribui valor ao ser humano em função do que é e do quanto produz; a dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, a falta de condições para realizar as tarefas da vida diária em diferentes graus de severidade e a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem”. Portanto a dependência da pessoa idosa ocorre quando se torna incapaz de realizar as atividades da vida diária e, quando isso acontece, um cuidador assume a função de apoio, por meio do cuidado que pode ser permanente ou esporádico¹⁶.

De acordo com Brêtas¹⁷, a questão do cuidador de idosos veio para mesas de discussão no momento em que a dimensão do cuidado passou para o âmbito público, uma vez que enquanto a responsabilidade por ele ficava apenas na esfera do privado, assegurado pelas famílias, não era tão debatido.

A função do cuidador é assumida habitualmente por uma única pessoa, caracterizada como cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade¹⁸. A carga relacionada ao cuidado de idosos dependentes faz com que o cuidador mereça atenção tanto quanto o idoso por ele cuidado, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida¹⁹.

Segundo os estudos a sobrecarga dos cuidadores aparecem muito frequentemente associados a fadiga física e mental, estresse, depressão, ansiedade²⁰, limitações econômicas, falta de apoio social e declínio da Qualidade de Vida (QV), em que deixam de lado as atividades de lazer e autocuidado ^{21 / 22/ 23}.

Existem alguns instrumentos que avaliam a qualidade de vida, estresse e a sobrecarga biopsicossocial para os cuidadores informais e conhecer seus fatores determinantes tornam-se importantes para o planejamento de ações em saúde e assim minimizar os efeitos negativos da sobrecarga de cuidados ao idoso acamado. Estas ações podem proporcionar melhorias à qualidade do cuidado dispensado ao idoso e contribuir com a proteção da saúde do cuidador²².

Ferreira e Wong discutem o perfil do cuidador informal no Brasil e relatam que existem poucas fontes com informação sobre o cuidador, como dados de censos e pesquisas domiciliares, sob determinados pressupostos, que permitiriam fazer algumas estimativas indiretas e a dimensão qualitativa²⁴.

Pela falta de pesquisas com esse grupo populacional, a proposta para realizar o presente estudo é contribuir cientificamente para a prática assistencial ao cuidador, além de conhecer e discutir a definição de seu papel, suas demandas e necessidades. Além disso, oferecer um direcionamento na assistência a essas famílias, na construção e na implementação de estratégias que melhorem e reduzam a sobrecarga de trabalho nos cuidadores de idosos dependentes²⁵.

No Brasil não há políticas específicas direcionadas ao cuidador, portanto torna-se relevante identificar os fatores associados ao processo de cuidar e sua influência na QV destes¹³.

Diante de todo esse cenário, alhures apresentado e, da nossa experiência no cotidiano da labuta como residente em Saúde da Família, na cidade de Sorocaba foi nos possível maior visibilidade em relação aos riscos, em potencial à saúde do cuidador de idosos dependentes no ambiente familiar, e assim entendemos oportuno estudar mais amiúde tal situação, pois acreditamos que há uma sobrecarga dos cuidadores informais dos idosos dependentes, do território de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro São Bento.

Desta feita, o pretendido estudo visa conhecer e avaliar o estresse e a sobrecarga biopsicossocial dos cuidadores de idosos dependentes que são acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, na UBS São Bento, do município de Sorocaba, estado de São Paulo.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

O objetivo do presente estudo foi avaliar a sobrecarga biopsicossocial e o estresse de cuidadores informais de idosos dependentes da Unidade Saúde da Família do Bairro São Bento do município de Sorocaba-SP.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil dos cuidadores informais.
- Identificar o nível de incapacidade dos idosos para desempenharem as atividades básicas de vida diária.
- Elaborar um material ilustrativo (cartilha) e realizar uma intervenção de cinesioterapia no domicílio aos cuidadores informais.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e abordagem quantitativa

3.2 Local

A pesquisa foi feita na Unidade Básica de Saúde do bairro São Bento, que está localizado na região noroeste, Av. Gualberto Moreira, 4985 - Parque São Bento, Sorocaba - SP, CEP: 18072-120.

O município de Sorocaba-SP foi escolhido por ser a localização do programa de pós-graduação, Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), no Campus Sorocaba, em que os residentes estão inseridos nas práticas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos bairros com altas vulnerabilidades sociais.

3.3 População e amostra

Participaram do presente estudo, cuidadores informais (CIs) de idosos dependentes da Unidade Saúde da Família do território do São Bento, no município de Sorocaba-SP.

A busca dos sujeitos foi realizada a partir do levantamento de dados dos idosos acamados e domiciliados cadastrados pela ESF e também pelas informações colhidas junto aos enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) das equipes existentes na UBS. O município não dispõe da informação sobre o número de cuidadores familiares que prestam cuidados no domicílio a idosos dependentes.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para seleção dos sujeitos foram os cuidadores informais principais de idoso com dependência funcional.; cuidadores com idade igual ou maior de 18 anos, residentes na área de abrangência da ESF e prestando cuidados há mais de dois meses.

Não foram incluídos no estudo os cuidadores informais menor de 18 anos; famílias na qual não foi possível identificar o cuidador principal e que prestam cuidados há menos de dois meses.

3.5 Procedimentos

Primeiramente o projeto da pesquisa foi enviado ao setor de Educação em Saúde do município de Sorocaba, solicitando autorização da realização da pesquisa no território São Bento. Após análises do coordenador responsável, uma carta de compromisso foi assinada, possibilitando, a partir daí a coleta de dados.

Foi também encaminhado ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba, através da Plataforma Brasil, para submissão da análise e após aprovação deste, os procedimentos forão iniciados. O parecer CAAE 57476816.6.0000.5373 ou número do comprovante 063590/2016, atendendo às exigências da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

As coletas de dados foram realizadas com visitas domiciliares aos cuidadores informais que estão cadastrados pela ESF da Unidade Saúde da Família do São Bento, acompanhado do ACS que realizam a cobertura das áreas de abrangência, trazendo a sua contribuição com informações sobre o contexto familiar. Esse formato de coleta foi escolhido pela limitação que o cuidador enfrenta para sair de seu domicílio.

Todos os participantes foram informados dos procedimentos que seria realizado e os mesmos concordaram em participar do estudo ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1).

Os dados de identificação serão mantidos em absoluto sigilo. Foram solicitados apenas para possibilitar às pesquisadoras traçar o perfil dos participantes.

3.6 Instrumentos de pesquisa:

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram um questionário estruturado para os dados do cuidador; a Escala de Zarit, o Índice de KATZ e uma cartilha ilustrativa de exercícios físicos.

3.6.1 Dados do Cuidador

O questionário estruturado contém informações sobre a idade; sexo; cor; estado civil; religião; escolaridade; profissão atual; renda; vínculo com o idoso dependente; horas de Cuidado; presença de problemas físicos atualmente e se faz tratamento; presença de problemas emocionais e se tratamento; se alguém ajuda nos cuidados e quem seria; se houve mudanças em sua vida depois do cuidar e por fim se procura ter momentos de lazer.

3.6.2 Índice de KATZ

A capacidade funcional foi medida pelo Índice de Katz, que avalia o desempenho do idoso nas atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária. Contém informações nas funções na alimentação, continência, transferência, sanitário, vestir e o banho, classificando como independente ou dependente (parcial ou completa). É uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho nas atividades da vida diária²⁷.

3.6.3 Zarit - Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores

A avaliação Zarit tem como objetivo identificar os fatores que levam à sobrecarga do cuidador para, posteriormente, proporcionar as intervenções adequadas às suas necessidades. Os estudos demonstraram que a Zarit Burden Interview é uma escala válida e fiável, não só com uma elevada consistência interna, mas também no que se relaciona com os seus diferentes fatores²⁶.

A escala é de pontuação do tipo Likert de 5 pontos. As alternativas são 0, nunca; 1, raramente; 2, algumas vezes; 3, muito frequente e 4, sempre. O último item da escala avalia, de forma geral, o quanto o cuidador se sente sobrecarregado por cuidar do paciente, pontuado da seguinte forma: 0, nada; 1, pouco; 2, moderadamente; 3, muito e 4, extremamente²⁸.

A pontuação neste instrumento pode variar entre 0 e 88 e ele apresenta por 22 questões que avaliam a sobrecarga subjetiva destes familiares cuidadores. As questões da escala avaliam o impacto da sobrecarga nos seguintes aspectos da vida de um cuidador: relacionamento entre cuidador e paciente, condições de saúde do cuidador, bem-estar psicológico deste, situação financeira e relações interpessoais²⁹.

Em relação a classificação da sobrecarga foi separada pelas pontuações em sobrecarga severa para escores de 61 a 88; sobrecarga moderada para 41 a 60; sobrecarga Leve para 21 a 40; sobrecarga mínima ou ausente para escores abaixo de 20²⁸. O Burden Interview de Zarit tem quatro fatores: Impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e percepção de auto – eficácia²⁸.

Esse instrumento faz parte do Cadernos de Atenção Básica do Ministério da saúde⁶⁸.

3.6.4 Cartilha Ilustrativa de Exercícios para os Cuidadores

Foi elaborada uma cartilha ilustrativa de exercícios físicos destinado aos participantes cuidadores informais da pesquisa. Os exercícios selecionados foram retirados em duas cartilhas que estão disponíveis na internet ^{30 31}, com ênfase nos alongamentos e mobilizações ativas. Ao ser entregue a cartilha, foi realizado a prática da cinesioterapia com as devidas orientações diante das possíveis dúvidas.

3.7 Análise Estatística

Foi descrita a casuística de n=14 cuidadores informais de idosos dependentes com relação às variáveis sociodemográficas, de sobrecarga biopsicossocial (Zarit) e dependência funcional do idoso (Katz)³⁵.

A análise da consistência interna das escalas aplicadas (escala Zarit e escala Katz) foi comparado as variáveis de interesse (sexo, idade, cor, estado civil, religião, escolaridade, profissão, renda, vínculo, horas de cuidado, problemas físicos e emocionais, ajuda nos cuidados, mudança de vida, lazer e dependência do idoso/Katz) entre a sobrecarga^{36 37 38 39 40}

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, cor, religião,...), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade,...), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis^{36 37 38 39 40}.

Para analisar a consistência interna das escalas foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach. Valores de alfa a partir de 0.70 indicam alta consistência do instrumento^{36 37 38 39 40}.

Para comparação das variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5)^{36 37 38 39 40}.

Para comparação das variáveis numéricas entre 3 grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição normal das variáveis^{36 37 38 39 40}.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $P < 0.05$.

4 RESULTADOS

4.1 Análise Descritiva Geral

As tabelas 1 a 11, a seguir, apresentam as tabelas de frequência e as estatísticas descritivas das variáveis para caracterização da amostra total de cuidadores (n=14).

As tabelas a seguir foram feitas no programa computacional “the SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2” - SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA.

Tabela 1. Caracterização do Cuidador Informal

Dados		n	%
Idade	<40	2	14.29
	40-49	1	7.14
	50-59	5	35.71
	60-69	3	21.43
	70-79	1	7.14
	80-89	2	14.29
Sexo	Femino	13	92.86
	Masculino	1	7.14
Profissão atual	Aposentado	1	7.14
	Autônoma	1	7.14
	Cuidadora	3	21.43
	Doméstica	9	62.29
Religião	Católica	5	35.71
	Evangélica	6	42.86
	Testemunha de Jeova	2	14.29
	Não tem	1	7.14

Estado Civil	Casado	8	57.14
	Separado	1	7.14
	Solteiro	4	28.57
	Viúvo	1	7.14
Renda	0	4	28.57
	<=1	5	35.71
	1-3	4	28.57
	3-6	1	7.14
Escolaridade	Sem instrução	2	14.29
	Ensino Fundamental Incompleto	9	64.29
	Ensino Médio Incompleto	2	14.29
	Ensino Médio Completo	1	7.14

A idade dos cuidadores variou entre 38 e 88 anos com média de 58 anos, sendo 92.86% do sexo feminino, domésticas em 62.29%, casadas em 57.14%, que seguem uma crença religiosa em 92.86%. Em relação à escolaridade, 64.29% dos cuidadores tinham o ensino fundamental incompleto e na renda variou entre igual ou inferior a um salário mínimo com 35.71% e entre um e três salários mínimos com 28.57%.

Tabela 2. Vínculo com o idoso dependente

VÍNCULO COM O IDOSO DEPENDENTE		
VinculoIdoso		
Dep	Frequency	Percent

Conjuge	3	21.43
Cunhada	1	7.14
Filha	6	42.86
Mae	2	14.29
Nora	2	14.29

Quanto ao grau de parentesco, a maioria dos cuidadores estão na categoria filha em 42.86%, seguidos pelos cônjuges em 21.43%.

Tabela 3. Horas de cuidado com o idoso dependente

HORAS DE CUIDADO		
Horas Cuidado	Frequency	Percent
08 horas	1	7.14
12 horas	3	21.43
Integral	10	71.43

A maioria dos cuidadores referiram terem de forma Integral, as horas de cuidados com os idosos dependentes, com 71.43%.

Tabela 4. Rotina do Cuidador: Auxílio nos cuidados

ALGUEM AJUDA NOS CUIDADOS?		
AlguemAjudaCuidado	Frequency	Percent
Nao	5	35.71
Sim / Cuidadora (vizinha)	1	7.14
Sim / Cuidadora formal	1	7.14
Sim / Esposo	2	14.29
Sim / Filha	2	14.29
Sim / Filho	1	7.14
Sim / Irmaos	1	7.14
Sim / Nora e filho	1	7.14

No auxílio dos cuidados do idoso dependente, 64.28% dos cuidadores informaram que recebe alguma ajuda.

Tabela 5. Rotina do Cuidador: Se houve mudanças depois do cuidar.

HOUE MUDANÇAS EM SUA VIDA DEPOIS DO CUIDAR?		
MudancaVidaCuidar	Frequency	Percent
Nao	2	14.29
Sim / Estresse, Afetou a saude	1	7.14
Sim / Nao ter liberdade de sair de casa	4	28.57
Sim / Nao ter liberdade de sair de casa / Cansaco	1	7.14
Sim / Nao ter liberdade de sair de casa / Vida social Prejudicada	1	7.14
Sim / Nao ter liberdade de sair de casa e Depende da ajuda dos outros	1	7.14
Sim / Nao ter liberdade de sair de casa e mais Estressada	1	7.14
Sim / Nao ter liberdade de sair de casa e vive para cuidar da idosa dependente	1	7.14
Sim / Prejudicou a saude psicologica e a vida social	1	7.14
Sim / Se emocionou e nao quis responder	1	7.14

Em 85.69% dos cuidadores, relataram que houveram mudanças em sua vida depois que iniciou a responsabilidade de cuidar do idoso dependente, sendo mais apontado o de não ter a liberdade para sair do seu domicílio.

Tabela 6. Rotina do Cuidador: Se procura ter momentos de lazer.

PROCURA TER MOMENTOS DE LAZER?		
TemMomentoLazer	Frequency	Percent
Nao	10	71.43
Sim / Nao especificou	2	14.29
Sim / Realiza Ginastica em uma academia e Hidroterapia	1	7.14
Sim / Visitar familiares e amigos	1	7.14

Foi observado que 71.43% dos cuidadores não procuram ter momentos de lazer em sua rotina.

Tabela 7. Saúde do Cuidador (Físico)

PRESENÇA DE PROBLEMAS FÍSICOS ATUALMENTE		
ProblFisicosAt	Frequency	Percent
NAO	2	14.29
SIM / ARTROSE NA COLUNA	1	7.14
SIM / DOR NA COLUNA	2	14.29
SIM / DOR NA COLUNA E DOR MUSCULAR NO CORPO	1	7.14
SIM / DOR MUSCULAR NO CORPO	2	14.29
SIM / DOR NA COLUNA / ARTROSE NA COLUNA	1	7.14
SIM / DOR NA COLUNA E NOS MMII	2	14.29
SIM / DOR NA COLUNA E NOS MMII / ARTROSE NOS JOELHOS	1	7.14
SIM / DOR NOS MMSS E MMII / ARTROSE NA COLUNA	1	7.14
SIM/ TENDINITE NOS MMSS/ HERNIA DE DISCO NA COLUNA LOMBAR	1	7.14
FAZ TRATAMENTO? (FÍSICO)		
TratamFisico	Frequency	Percent
Nao	9	64.29
Sim / Faz ginastica	1	7.14
Sim / Hidroginastica	1	7.14
Sim / Medicamentoso	3	21.43

Em 85.71% dos cuidadores, afirmaram apresentar problemas físicos (atualmente), sendo mais prevalente a dor na coluna e as doenças

osteomusculares e do tecido conjuntivo. Em relação se realiza algum tratamento para essas queixas apontadas, 64.29% relataram que não.

Tabela 8. Saúde do Cuidador (Psicológico)

PRESENÇA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS		
ProblEmocionais	Frequency	Percent
Nao	6	42.86
Sim / Depressao	3	21.43
Sim / Depressao e Estresse	2	14.29
Sim / Estresse	3	21.43
FAZ TRATAMENTO? (PSICOLÓGICO)		
TratamPsicol	Frequency	Percent
Nao	7	50.00
Sim / Medicamentoso e Frequenta o CAPS	1	7.14
Sim / Medicamentoso	4	28.57
Sim / Psicologia	2	14.29

Em 57.15% dos cuidadores, afirmaram apresentar problemas psicológicos (atualmente), sendo mais prevalente a depressão e o estresse. Em relação se realiza algum tratamento para essas queixas apontadas, 50% relataram que não.

Tabela 9. Índice KATZ/ Idoso

Katz	Frequency	Percent	USO DO BANHEIRO		
-----			UsoBanheiro	Frequency	Percent
INDEPEND	4	28.57	-----		
PARC DEP	6	42.86	0	3	21.43
TOT DEPE	4	28.57	1	2	14.29
			2	3	21.43
			3	6	42.86

BANHAR-SE			TRANSFERIR-SE		
Banharse	Frequency	Percent	Transferirse	Frequency	Percent
-----			-----		
0	4	28.57	0	5	35.71
2	4	28.57	1	4	28.57
3	6	42.86	2	1	7.14
			3	4	28.57

VESTIR-SE			CONTROLE ESFINCTERIANO: MICÇÃO		
Vestirse	Frequency	Percent	Miccao	Frequency	Percent
-----			-----		
0	3	21.43	0	3	21.43
1	1	7.14	1	2	14.29
2	1	7.14	2	2	14.29
3	9	64.29	3	7	50.00

Tabela 10. Escala de Sobrecarga Zarit

Zarit1	Frequency	Percent	Zarit4		
-----			-----		
NUNCA	1	7.14	NUNCA	8	57.14
RARAMENT	3	21.43	RARAMENT	1	7.14
ALG VEZE	1	7.14	ALG VEZE	4	28.57
FREQUENT	1	7.14	SEMPRE	1	7.14
SEMPRE	8	57.14	-----		
			Zarit5	Frequency	Percent

Zarit2	Frequency	Percent	NUNCA	8	57.14
-----			ALG VEZE	2	14.29
RARAMENT	3	21.43	FREQUENT	2	14.29
ALG VEZE	3	21.43	SEMPRE	2	14.29
FREQUENT	2	14.29	-----		
SEMPRE	6	42.86	Zarit6	Frequency	Percent

Zarit3	Frequency	Percent	NUNCA	6	42.86
-----			RARAMENT	1	7.14
RARAMENT	1	7.14	ALG VEZE	3	21.43
ALG VEZE	3	21.43	FREQUENT	2	14.29
FREQUENT	2	14.29	SEMPRE	2	14.29
SEMPRE	8	57.14	-----		

Zarit7	Frequency	Percent
NUNCA	4	28.57
SEMPRE	10	71.43

Zarit8	Frequency	Percent
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	2	14.29
SEMPRE	11	78.57

Zarit9	Frequency	Percent
NUNCA	8	57.14
RARAMENT	2	14.29
FREQUENT	3	21.43
SEMPRE	1	7.14

Zarit10	Frequency	Percent
NUNCA	3	21.43
RARAMENT	1	7.14
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	2	14.29
SEMPRE	7	50.00

Zarit11	Frequency	Percent
NUNCA	2	14.29
ALG VEZE	2	14.29
FREQUENT	1	7.14
SEMPRE	9	64.29

Zarit12	Frequency	Percent
RARAMENT	2	14.29
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	3	21.43
SEMPRE	8	57.14

Zarit13	Frequency	Percent
NUNCA	10	71.43
RARAMENT	2	14.29
SEMPRE	2	14.29

Zarit14	Frequency	Percent
NUNCA	4	28.57
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	1	7.14
SEMPRE	8	57.14

Zarit15	Frequency	Percent
NUNCA	4	28.57
FREQUENT	3	21.43
SEMPRE	7	50.00

Zarit16	Frequency	Percent
NUNCA	5	35.71
RARAMENT	1	7.14
ALG VEZE	2	14.29
FREQUENT	1	7.14
SEMPRE	5	35.71

Zarit17	Frequency	Percent
NUNCA	6	42.86
RARAMENT	1	7.14
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	1	7.14
SEMPRE	5	35.71

Zarit18	Frequency	Percent
NUNCA	2	14.29
RARAMENT	1	7.14
ALG VEZE	5	35.71
FREQUENT	1	7.14
SEMPRE	5	35.71

Zarit19	Frequency	Percent
NUNCA	6	42.86
RARAMENT	2	14.29
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	2	14.29
SEMPRE	3	21.43

Zarit20	Frequency	Percent
NUNCA	8	57.14
ALG VEZE	2	14.29
SEMPRE	4	28.57

Zarit21	Frequency	Percent
NUNCA	6	42.86
ALG VEZE	1	7.14
FREQUENT	1	7.14
SEMPRE	6	42.86

Zarit22	Frequency	Percent
RARAMENT	1	7.14
ALG VEZE	2	14.29
FREQUENT	2	14.29
SEMPRE	9	64.29

Tabela 11. Grau de Sobrecarga - Zarit

GRAU DE SOBRECARGA - ZARIT		
Grau Sobrecarga	Frequency	Percent
SEVERA	4	28.57
MODERADA	6	42.86
LEVE	2	14.29
MÍNIMA	2	14.29

Em 42.86% dos cuidadores, segundo a escala de Zarit, apresentam sobrecarga moderada e 28.57% severa.

4.2 Análise de Consistência Interna das Escalas

A tabela 12, a seguir, apresenta os coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) para medir a confiabilidade das escalas. Verificou-se alta consistência interna ($\alpha > 0.70$) para as escalas Katz (α 0.948) e Zarit (α 0.920).

Tabela 12. Análise de Consistência Interna das Escalas

Análise de consistência interna das escalas (n=14).					
Escala/Dimensão	Nº de Itens	Coefficiente α de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente α (após retirada)**
Katz/Total	7	0.948	---	---	---
Zarit/Total	22	0.920	---	---	---
Zarit/Impacto da prestação de cuidados	9	0.892	---	---	---
Zarit/Relação interpessoal	5	0.611	Zarit13	0.043	0.709
Zarit/Expectativas com o cuidar	3	-0.164	Zarit7	-0.196	0.259
Zarit/Percepção de autoeficácia	5	0.836	---	---	---

* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.
 ** Coeficiente α de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Os escores totais deram um alto valor de alfa, indicando uma boa consistência das escalas. Somente os domínios da relação interpessoal e expectativas do cuidar deram alfa menor.

4.3 Análise Comparativa entre Sobrecarga

As tabelas a seguir, apresentam as comparações das variáveis categóricas e numéricas entre os 3 níveis de sobrecarga da Zarit (mínima+leve, moderada e grave). As categorias mínima e leve foram agrupadas para maior consistência nas análises devido à baixa frequência.

Tabelas 13. Comparação das variáveis categóricas entre níveis de sobrecarga em idade, sexo estado civil, religião, profissão atual, renda, escolaridade, horas de cuidado, vínculo com o paciente, se recebe ajuda nos cuidados, se teve mudanças, se procura ter momento de lazer, problemas físicos, problemas emocionais e o Katz.

Idade		GrauSobrecarga			Total
Frequency,	Col Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	
<50	,	2	, 1	, 0	3
	,	50.00	, 16.67	, 0.00	
50-59	,	1	, 1	, 3	5
	,	25.00	, 16.67	, 75.00	
>=60	,	1	, 4	, 1	6
	,	25.00	, 66.67	, 25.00	
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.354

Sexo		GrauSobrecarga			Total
Frequency,	Col Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	
F	,	4	, 6	, 3	13
	,	100.00	, 100.00	, 75.00	
M	,	0	, 0	, 1	1
	,	0.00	, 0.00	, 25.00	
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.571

EstadoCivil		GrauSobrecarga			Total
Frequency,	Col Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	
Casado	,	0	, 5	, 3	8
	,	0.00	, 83.33	, 75.00	
Separado	,	1	, 0	, 0	1
	,	25.00	, 0.00	, 0.00	
Solteiro	,	2	, 1	, 1	4
	,	50.00	, 16.67	, 25.00	
Viuvo	,	1	, 0	, 0	1
	,	25.00	, 0.00	, 0.00	
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.070

Religioao		GrauSobrecarga			Total
Frequency,	Col Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	
Catolica	,	3	, 2	, 0	5
	,	75.00	, 33.33	, 0.00	
Evangelica,	,	1	, 3	, 2	6
	,	25.00	, 50.00	, 50.00	
Testemunha,	,	0	, 0	, 2	2
ova	,	0.00	, 0.00	, 50.00	
Nao tem	,	0	, 1	, 0	1
	,	0.00	, 16.67	, 0.00	
Total		4	6	4	14

ProfissaoAtual	GrauSobrecarga			
Frequency ,				
Col Pct ,	SEVERA	MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
Aposentad,	0	0	1	1
	0.00	0.00	25.00	
Autonoma ,	0	1	0	1
	0.00	16.67	0.00	
Cuidadora,	1	0	2	3
	25.00	0.00	50.00	
Domestica,	3	5	1	9
	75.00	83.33	25.00	
Total	4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.146

RENDA_	GrauSobrecarga			
Frequency,				
Col Pct ,	SEVERA	MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
0	2	0	2	4
	50.00	0.00	50.00	
<=1	1	4	0	5
	25.00	66.67	0.00	
1-3	1	2	1	4
	25.00	33.33	25.00	
3-6	0	0	1	1
	0.00	0.00	25.00	
Total	4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.143

Escolaridade	GrauSobrecarga			
Frequency ,				
Col Pct ,	SEVERA	MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
Sem instru,	1	0	1	2
	25.00	0.00	25.00	
EnsFundInc,	1	6	2	9
	25.00	100.00	50.00	
EnsMedInc ,	1	0	1	2
	25.00	0.00	25.00	
EnsMedCom ,	1	0	0	1
	25.00	0.00	0.00	
Total	4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.114

HorasCuidado	GrauSobrecarga			
Frequency,				
Col Pct ,	SEVERA	MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
08 horas ,	1	0	0	1
	25.00	0.00	0.00	
12 horas ,	1	1	1	3
	25.00	16.67	25.00	
Integral ,	2	5	3	10
	50.00	83.33	75.00	
Total	4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.880

VinculoIdosoDep	GrauSobrecarga			
Frequency,				
Col Pct ,	SEVERA	MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
Conjuge ,	0	2	1	3
	0.00	33.33	25.00	
Cunhada ,	0	1	0	1
	0.00	16.67	0.00	
Filha ,	3	1	2	6
	75.00	16.67	50.00	
Mae ,	1	1	0	2
	25.00	16.67	0.00	
Nora ,	0	1	1	2
	0.00	16.67	25.00	
Total	4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.805

AjudaCuidado		GrauSobrecarga			
Frequency,					
Col	Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	Total
-----+-----+-----+-----+					
NÃO	,	2,	2,	1,	5
	,	50.00,	33.33,	25.00,	
-----+-----+-----+-----+					
SIM	,	2,	4,	3,	9
	,	50.00,	66.67,	75.00,	
-----+-----+-----+-----+					
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=1.000

MudancaVida		GrauSobrecarga			
Frequency,					
Col	Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	Total
-----+-----+-----+-----+					
NÃO	,	0,	0,	2,	2
	,	0.00,	0.00,	50.00,	
-----+-----+-----+-----+					
SIM	,	4,	6,	2,	12
	,	100.00,	100.00,	50.00,	
-----+-----+-----+-----+					
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.132

MomentoLazer		GrauSobrecarga			
Frequency,					
Col	Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	Total
-----+-----+-----+-----+					
NÃO	,	4,	3,	3,	10
	,	100.00,	50.00,	75.00,	
-----+-----+-----+-----+					
SIM	,	0,	3,	1,	4
	,	0.00,	50.00,	25.00,	
-----+-----+-----+-----+					
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.293

ProblFisicos		GrauSobrecarga			
Frequency,					
Col	Pct	,SEVERA	,MODERADA	,LEVE/MÍN,	Total
-----+-----+-----+-----+					
NÃO	,	0,	1,	1,	2
	,	0.00,	16.67,	25.00,	
-----+-----+-----+-----+					
SIM	,	4,	5,	3,	12
	,	100.00,	83.33,	75.00,	
-----+-----+-----+-----+					
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=1.000

ProbleMoc		GrauSobrecarga			
Frequency,					
Col	Pct	, SEVERA	, MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
NÃO		1	2	3	6
		25.00	33.33	75.00	
SIM		3	4	1	8
		75.00	66.67	25.00	
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=0.501

Katz		GrauSobrecarga			
Frequency,					
Col	Pct	, SEVERA	, MODERADA,	LEVE/MÍN,	Total
INDEPEND		1	2	1	4
		25.00	33.33	25.00	
PARC DEP		2	2	2	6
		50.00	33.33	50.00	
TOT DEPE		1	2	1	4
		25.00	33.33	25.00	
Total		4	6	4	14

TESTE EXATO DE FISHER: P=1.000

Os resultados não obtiveram diferença significativa. Houve apenas uma leve tendência a diferença ($P < 0.10$) para estado civil: os sem companheiro (separados, solteiros ou viúvos), em que tendem a ter maior nível de sobrecarga que os casados/ com companheiro. Porém, alguns pesquisadores não consideram tendências, apenas resultados significativos quando o valor de P for menor que 5% ($P < 0.05$).

Tabela 14. Comparação das variáveis numéricas entre níveis de sobrecarga.

Comparação das variáveis numéricas entre níveis de sobrecarga.										
Grau Sobrecarga	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX	VALOR-P*
SEVERA	Idade	4	52.25	20.56	38.00	38.50	44.50	66.00	82.00	P=0.349
	KatzTotal	4	10.75	8.92	0.00	4.00	11.00	17.50	21.00	P=0.990
MODERADA	Idade	6	60.17	11.48	41.00	57.00	60.00	68.00	75.00	
	KatzTotal	6	11.50	8.50	0.00	3.00	13.00	20.00	20.00	
LEVE/MÍN	Idade	4	62.50	17.06	52.00	53.50	55.00	71.50	88.00	
	KatzTotal	4	11.50	7.85	2.00	6.00	11.50	17.00	21.00	

* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos valores entre 3 grupos.

A tabela 14 compara a idade do cuidador e o escore total de Katz entre os 3 níveis de sobrecarga para verificar se os que tem maior sobrecarga tem maior ou menor idade, ou se tem maior ou menor escore de Katz do idoso alvo do cuidado. Pelos resultados, verificou-se que não houve diferença significativa entre níveis de sobrecarga para nenhuma das variáveis, pois os valores de P foram maiores que 5%.

A tabela 15, a seguir, apresenta a comparação do escore geral e dos 4 domínios da escala de sobrecarga Zarit dos cuidadores entre os 3 níveis do índice Katz dos idosos. Pelos resultados, verificou-se que não houve diferença significativa dos escores da escala Zarit entre os níveis do índice de Katz.

Tabela 15. Comparação dos escores da escala Zarit entre níveis do Índice de KATZ

Comparação dos escores da escala Zarit entre níveis do índice de Katz.										
Katz	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX	VALOR-P*
INDEPEND	ZaritTotal	4	48.75	17.69	36.00	36.50	42.50	61.00	74.00	P=0.908
	ZaritImpPrestCuid	4	23.00	5.72	18.00	19.00	21.50	27.00	31.00	P=0.928
	ZaritRelacInterp	4	7.25	3.59	4.00	4.50	6.50	10.00	12.00	P=0.836
	ZaritExpectCuidar	4	8.75	2.63	6.00	6.50	9.00	11.00	11.00	P=0.822
	ZaritPercAutoEfic	4	9.75	6.95	5.00	5.50	7.00	14.00	20.00	P=0.825
PARC DEP	ZaritTotal	6	50.33	23.84	16.00	28.00	57.00	64.00	80.00	
	ZaritImpPrestCuid	6	22.00	10.84	7.00	11.00	25.50	28.00	35.00	
	ZaritRelacInterp	6	9.17	5.15	1.00	6.00	10.00	12.00	16.00	
	ZaritExpectCuidar	6	9.50	1.97	6.00	9.00	10.00	10.00	12.00	
	ZaritPercAutoEfic	6	9.67	7.39	2.00	2.00	10.50	16.00	17.00	
TOT DEPE	ZaritTotal	4	50.25	24.30	19.00	34.00	52.00	66.50	78.00	
	ZaritImpPrestCuid	4	23.00	13.11	4.00	15.00	27.00	31.00	34.00	
	ZaritRelacInterp	4	8.50	6.45	3.00	3.50	7.00	13.50	17.00	
	ZaritExpectCuidar	4	8.50	2.52	6.00	7.00	8.00	10.00	12.00	
	ZaritPercAutoEfic	4	10.25	7.37	3.00	4.00	10.00	16.50	18.00	

* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos valores entre 3 grupos.

Foram comparados os escores da Zarit (total e 4 domínios) entre os 3 níveis de dependência funcional da Katz dos idosos e não foram encontrados resultados com diferenças significativas.

5 DISCUSSÃO

Estamos inseridos na prática do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como meta oferecer assistência para a população brasileira, levando em conta os princípios de universalidade, equidade, integralidade, assim como a regionalização, descentralização e a participação popular³².

A Atenção Primária à Saúde (APS), é o primeiro contato do indivíduo com o SUS, de forma centrada na família, a partir do cuidado contínuo e as ações voltadas a orientação familiar e comunitária, com objetivo de modificar o modelo tradicional e de aproximar a saúde dos indivíduos por meio de novas bases práticas. A Estratégia Saúde da Família (ESF), permite a troca de informações e conhecimentos entre a equipe de saúde e a comunidade³³.

Nesse âmbito, estamos inseridos no Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que são formados por equipes multiprofissionais que apoiam, ampliam e aperfeiçoam o serviço de atenção básica, por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais de promoção, prevenção, além da capacitação e educação permanente das equipes de ESF³³.

Embora a profissão da fisioterapia possui historicamente um caráter essencialmente curativo e reabilitador, apresenta atualmente competências e habilidades suficientes para atuar em outros níveis, com novos desafios e responsabilidades⁴³.

No nível da atenção básica em saúde, o fisioterapeuta pode participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; pode promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; pode participar do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde; e participar de órgão colegiados de controle em saúde⁴⁴.

O fisioterapeuta é um profissional apto a atuar nas Equipes de Saúde da Família. A sua inserção no Programa de Saúde da Família, ainda é um processo em construção limitada em nosso país embora, a população beneficiada demonstre satisfação quanto aos serviços prestados por esses profissionais.

O NASF preza pelo apoio e qualificação do trabalho das equipes de ESF, capacitando e empoderando tal equipe, a fim de proporcionar cuidado de forma integral aos usuários do SUS³⁴.

As equipes da Saúde da Família precisam estar preparadas para conhecer a realidade das famílias sob sua cobertura, com relação aos indicadores sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais essa população está exposta; elaborar juntamente com a comunidade planos locais para enfrentamento dos problemas de saúde; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde locais⁴¹.

Na nossa prática como fisioterapeuta, no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, concentra-se uma alta demanda de pacientes dependentes em suas atividades básicas da vida diária e instrumentais, ocasionando uma sobrecarga em seus cuidadores.

A função do cuidador é assumida habitualmente por uma única pessoa, caracterizada como cuidador principal no ambiente familiar. A carga relacionada ao cuidado de idosos dependentes, faz com que o cuidador mereça atenção tanto quanto o idoso por ele cuidado, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Os fatores biopsicológicos, socioeconômicos e culturais são fundamentais para a determinação dos problemas de saúde⁴². O termo “sobrecarga do cuidador” tem sido muito utilizado na literatura científica para se referir aos problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que podem ser vivenciados pelos familiares de pessoas doentes ou idosos⁴⁹.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a sobrecarga biopsicossocial e o estresse de cuidadores informais de idosos dependentes da Unidade Saúde da Família do Bairro São Bento do município de Sorocaba-SP.

Dentre os achados referentes às características dos cuidadores em relação a sobrecarga, verificou-se que, para o estado civil: os sem companheiro (separados, solteiros ou viúvos), tendem a ter maior nível de sobrecarga que os casados/com companheiro. Tal realidade provavelmente se deve pela falta de apoio em sua rotina. Não foram encontrados estudos que explicam esse contexto.

Quanto à sobrecarga dos cuidadores, avaliada pelo questionário de Zarit, 42,86% foram categorizados com moderada e 28,57% como severa sobrecarga. Durante a aplicação do questionário foi observado que alguns demonstraram certo receio ou dúvidas em respondê-lo, talvez pela vergonha de admitir o quanto são sobrecarregados ou que o relato ao questionário interferisse na relação com aquele sob seus cuidados.

Estudos recentes mostram que a maior sobrecarga no cuidado, recai nos cuidadores informais. Diante disso, esse público deve ser alvo de mais atenção, para que se evitem situações que possam levá-lo a níveis elevados de sobrecarga ^{46 47}.

O predomínio de mulheres cuidadoras, casadas, que são filhas dos idosos, também é uma característica frequente encontrada em diversos estudos, seja em âmbito nacional^{45 48} ou internacional⁴⁶. Em que foi similar ao nosso estudo em que 92,86% eram do sexo feminino, domésticas em 62,29%, casadas em 57,14% e quanto ao grau de parentesco, a maioria das cuidadoras estão na categoria filha em 42,86%.

Esses achados reforçaram o papel social da mulher, historicamente determinado com a função de provedora de cuidados do lar, da família, e muitas vezes, a responsabilidade pelo seu sustento²³. Por outro lado, o fato de, atualmente, a mulher ingressar mais cedo no mercado de trabalho, somar às suas atividades as tarefas domésticas e, por isto, estar submetida a uma dupla

jornada, pode acarretar considerável sobrecarga e contribuir para o comprometimento da sua qualidade de vida ^{51 52}.

A idade dos cuidadores variou entre 38 e 88 anos com média de 58 anos. Pesquisas ^{19 53 59} elucidam que cuidadores jovens são mais suscetíveis à tensão devido às renúncias e/ou restrições das redes sociais, enquanto aqueles de meia idade e/ou idosos estão mais predispostos ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento, além da possibilidade de apresentarem estado de saúde semelhante àquele sob seus cuidados. Alguns cuidadores participantes de uma dessas pesquisas já vivenciavam processos de envelhecimento⁵³.

Os cuidadores em 92.86%, seguem uma crença religiosa. A espiritualidade e a religiosidade têm sido reconhecidas na literatura como recursos que ajudam as pessoas a enfrentar os eventos estressantes e traumáticos, como os relacionados aos processos de adoecimento e hospitalização⁶⁰.

Em relação à escolaridade, 64.29% dos cuidadores tinham o ensino fundamental incompleto, não houve relação significativa da escolaridade com a sobrecarga, pois apenas três cuidadores com escolaridade mais alta. Um fator relevante que contribui para o desenvolvimento do papel de cuidador, é a dificuldade de inserção no mercado de trabalho em decorrência do baixo nível educacional. Isto faz com essas pessoas se dediquem a serviços domésticos ou a cuidar de pessoas dependentes ^{48 53}.

Deste modo, a incapacidade de leitura e compreensão de informações, como prescrições médicas ou a administração de medicamentos pode afetar negativamente a busca de melhorias para a própria saúde e para aqueles sob seus cuidados⁵⁹. O menor grau de escolaridade dificulta ao cuidador reconhecer a necessidade de solicitar apoio profissional tanto para enfrentar situações diárias quanto para os cuidados em relação ao paciente ^{53 57 58}.

Além disto, o baixo nível de escolaridade acarreta alterações emocionais significativas no cuidador, ao prestar cuidados aos idosos. No entanto, o maior nível educacional é um preditor de melhor qualidade de vida, pois proporciona

melhoras nas relações interpessoais e nos aspectos de ordem física na prestação de cuidados^{53 56}.

A renda familiar foi baixa, variou entre igual ou inferior a um salário mínimo com 35.71% e entre um e três salários mínimos com 28.57%, constituiu um dos problemas enfrentados pelas cuidadoras, que é a falta de recursos financeiros. Porém esse dado, não teve resultado significativo se está relacionado a maior sobrecarga.

Os problemas no âmbito financeiro merecem destaque, pois estima-se que mais de 14% dos cuidadores desistem de seus empregos para se dedicarem exclusivamente aos seus idosos^{63 65} e, por tentarem suprir num primeiro momento as necessidades do idoso, acabam deixando os outros gastos para um segundo plano^{64 65}.

Desse modo, os cuidadores apontam que perdem a liberdade até mesmo em relação aos outros familiares, ou seja, quanto mais o doente necessita de cuidados ou se sente sozinho, mais o cuidador tende a ficar “isolado” no domicílio para cuidar deste e, conseqüentemente, mais distante fica de seus outros familiares e do contexto social, alterando as oportunidades de lazer e os hábitos diários⁵⁰.

Segundo Manoel et al., existe uma dinâmica no processo de cuidar que é uma relação tensionada, na qual os sujeitos envolvidos constroem seus espaços respectivos, dentro dos limites dessa nova relação pessoal⁵⁰.

Nosso estudo aponta que 85.71% relataram que houveram mudanças em sua vida depois que iniciou o cuidar e 71.43% não apresentam ter momentos de lazer. Foi feito o cruzamento dos resultados na mudança ao cuidar, que em maior parte foi não ter liberdade para sair de casa e a questão 12 da Zarit (vida social prejudicada) e ao não houve associação significativa entre as variáveis, pois o $P=0.727$.

Em relação ao dado do índice de KATZ, 42.86% eram idosos parcialmente dependentes. A fragilidade apresentada pelo idoso pode estar relacionada à sobrecarga de trabalho do cuidador, ou seja, quanto maior a fragilidade do idoso, maior será a sobrecarga de seu cuidador²³.

Na maioria dos casos, a família funciona como uma totalidade, onde cada indivíduo desempenha um papel que irá influenciar no todo. A partir do momento em que um membro desse grupo adoece e não cumpre mais esse papel definido, a organização anterior sofre uma alteração que desencadeia uma crise, obrigando à reestruturação de papéis^{61 65}.

Em estudo realizado com um grupo de cuidadores no Rio Grande do Sul, os entrevistados referiram ter assumido o cuidado por obrigação matrimonial, e isso ocorria até com os idosos que não eram casados, mas que viviam juntos⁶². Se o cônjuge não pode realizar o cuidado, o papel é assumido pelos filhos, mas também por outras figuras como os netos⁶².

Em 85.71% dos cuidadores, afirmaram apresentar problemas físicos (atualmente), sendo mais prevalente a dor na coluna (doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo). Em relação se realiza algum tratamento para essas queixas apontadas, 64.29% relataram que não. Observamos que durante a entrevista, os cuidados tiveram dificuldades em reconhecer as suas limitações e os problemas físicos.

Em 2013, Costa et al., realizou um estudo com 29 cuidadores, foi aplicado o questionário Zarit e a escala de Katz nas unidades das ESF de Diamantina-MG. Quanto à ocorrência de dores articulares, 13 cuidadores manifestaram presença de dor (44,8%), predominando na coluna lombar, membros superiores e coluna cervical⁵³.

Estudo sobre idosos dependentes, relata que 40,7% dos cuidadores manifestaram também dor lombar, sendo que tais sintomas, podem estar relacionados às atividades diárias de cuidados com os pacientes e às suas condições físicas, gerando, conseqüentemente, sobrecarga musculoesquelética e má postura^{54 55}.

Assim, esses fatores possibilitam que os cuidadores sejam doentes em potencial e com capacidade funcional constantemente em risco. Em outro estudo que avaliou cuidador familiar, a maioria dos participantes relatou pelo menos uma alteração física, sobressaindo relato de dor na coluna e nos

membros superiores atribuída às demandas do cuidado e ao tempo limitado ao autocuidado⁵⁵.

Em 57.15% dos cuidadores, afirmaram apresentar problemas psicológicos (atualmente), sendo mais prevalente a depressão e o estresse. Em relação se realiza algum tratamento para essas queixas apontadas, 50% relataram que não.

A morbidade Psiquiátria nos cuidadores familiares tem sido objeto de considerável interesse entre os pesquisadores, sendo a depressão e a ansiedade as condições clínicas mais frequentemente estudadas. Em qualquer contexto, esses cuidadores podem estar sob risco de desenvolver desordens depressivas, ansiedade e baixa auto estima, principalmente as mulheres, que respondem mais intensamente à tensão e passam mais tempo engajadas nas atividades de cuidado do idoso e da casa^{19 66 67}. A tensão do cuidador é um fenômeno multidimensional, faz-se necessário que a assistência seja direcionada à sua resolução/minimização esteja embasada por essa perspectiva¹⁹.

A perda da independência funcional do idoso constitui um importante problema de saúde pública. Portanto, estudos que abordem esse tema tornam-se essenciais para o subsídio de políticas de saúde voltadas tanto ao idoso quanto para aquele que cuida dos idosos dependentes⁴⁵.

Pela falta de pesquisas com esse grupo populacional (cuidadores informais), a proposta para realizar o presente estudo é contribuir cientificamente para a prática assistencial ao cuidador, além de conhecer e discutir a definição de seu papel, suas demandas e necessidades.

Os instrumentos utilizados nesse estudo são de suma importância para os profissionais de saúde utilizarem em sua prática⁶⁸. Além disso, irá favorecer no direcionamento da assistência a essas famílias, na construção e na implementação de estratégias que melhorem e reduzam a sobrecarga de trabalho nos cuidadores de idosos dependentes, não somente com o olhar do fisioterapeuta, mas também de outras modalidades profissionais.

Sendo assim, os profissionais de saúde precisam buscar uma atenção centrada na família, incluindo seu ambiente físico e social, ampliando seus conhecimentos no processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que ultrapassa as práticas curativas.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O formato escolhido para a realização da coleta dos dados (visita domiciliar), é um fator limitante dentro da rotina de uma profissional vinculado ao NASF, que precisa atender outras demandas, por isso não foi possível prever a aplicação do questionário para todos os cuidadores.

A amostra dos cuidadores informais de idosos dependentes foi pequena, os resultados encontrados conforme a análise estatística, não obtiveram diferença significativa.

7 RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Atingir um número maior de amostra com os cuidadores informais no município de Sorocaba, incluindo dados sobre as características do idoso dependente e a sobre o tempo que a pessoa assumiu o papel de cuidador.

Devido ao pouco espaço de tempo, o informativo de exercícios para o cuidador foi passado uma única vez. Sugere-se o retorno ao domicílio para verificar se houve adesão ou dúvidas na prática dos exercícios físicos.

8 CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou os cuidadores Informais do bairro São Bento, do município de Sorocaba, apresentam sobrecarga moderada. Dentre os achados referentes às características dos cuidadores, em relação a sobrecarga, verificou-se que, para o estado civil: os sem companheiro (separados, solteiros ou viúvos), tendem a ter maior nível de sobrecarga que os casados/com companheiro.

Portanto, os profissionais de saúde precisam buscar uma atenção centrada na família, incluindo seu ambiente físico e social, biopsicossocial, ampliando seus conhecimentos no processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que ultrapassa as práticas curativas, direcionando na implementação de estratégias que melhorem e reduzam a sobrecarga de trabalho nos cuidadores de idosos dependentes, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar.

9 RETORNO

O trabalho final, com os resultados, será entregue à coordenação da Unidade Saúde da Família da região São Bento; a Área de Educação em Saúde e Secretaria de Saúde do município de Sorocaba/SP, para futuros projetos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro SS, Cipriano JG, Martinho. A Fisioterapia no programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, 2006 Dez; 19(4): 55-62.
2. Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família – Informes Técnicos Institucionais. *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34(3): 361-9.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [Internet]. 2008 [Acesso 6 maio 2016]. Available from: <http://www.saude.gov.br/dab>.
4. Neto MMC. Implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretária de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.
5. Biana VL, Teixeira GM, Silva CVL, Bispo EPF, Silva MV. Practice physical therapist in the family health: challenges and achievements. *J Health Sci Inst*. 2014; 32(2): 211-18.
6. Portal da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Saúde Mais Perto de Você. Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso em 2016 maio.15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Versão Preliminar. Série A. Normas e Manuais

- técnicos. Caderno de atenção básica, n. 27. Brasília (DF), 2009.
8. Glinardello MMC, Guimarães SA, Júnior HC. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Cadernos Unisuam. Rio de Janeiro, 2012 jun; 2(1):13.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
 10. Carvalho FG. O trabalho da fisioterapia na assistência ao idoso na atenção básica. Caderno Saúde e Desenvolvimento, Recife, 2013 dez; 3(2):21-34.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010: resultado do universo [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [Acesso em 2016 fevereiro 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/tabelabrasil1.12.shtm>.
 12. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, Ceretta LB, Tuon L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015; 23(2); 140-149.
 13. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Qualidade de Vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 600-8.

14. Cruz DC, Loureiro HAM, Silva MANCGMM, Fernandes MM. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referencial*. Dez. 2010, 2(2):127-136.
15. Sanchez MA. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos Envelhecimento* 2000; 3(3).
16. Rocha MPF, Vieira MA, Sena RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2008 nov-dez; 61(6): 801-8.
17. Brêtas ACP. Cuidadores de Idosos e o Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003 maio/jun; 56(3):298-301.
18. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde Soc. São Paulo*, 2011; 20(2): 398-409.
19. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, 2009; 62(3):393-399.
20. Kawasaki K, Diogo MJ. [The home care of elderly: caregiver profile -- part one]. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):257-64. Portuguese.
21. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, Ceretta LB, Tuon L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde. Colet*, 2015, Rio de Janeiro, 23(2):140-149.
22. Rodrigues JEG, Machado ALG, Vieira NFC, Fernandes AFC, Rebouças CBA. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência e Enfermagem*, Fortaleza, 2014; XX(3): 119-129.

23. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm. São Paulo*, 2012;25(5):768-74.
24. Ferreira ARS, Wong LR. Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas - Brasil - 2000 a 2015. *Ser. Social* 2007; 20:71-104
25. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):768-74
26. Ferreira F [et al.]. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa = Validation of the Zarit's scale ("Zarit Burden Interview") for the portuguese population in the field of domiciliary palliative patient care. *Cadernos de Saúde. Lisboa*, 2010; 3(2):13-19.
27. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública.* 2008 Jan; 24(1):103-12.
28. Pinto FNFRP, Barham EJ. Bem-estar psicológico: Comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Rev. Psicologia, Saúde e Doenças.* 2014; 15(3): 635- 655.
29. Taub A., Andreoli SB., Bertolucci PH. Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cadernos de Saúde Pública.* 2004; 20(2): 372-376.

30. SBR- Comissão de Doenças Osteometabólicas e Osteoporose. Cartilha para pacientes de Osteoporose. Sociedade Brasileira de Reumatologia, Produção <http://www.lettracapital.com.br>; 2011.
31. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Cartilha de Fisioterapia para Pacientes da Escola de Coluna. 4^o edição; 2015.
32. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília; 1990.
33. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 27, Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília-DF, 2009.
34. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
35. Machado HC. Estatístico - CONRE - SP 7696.
36. Conover, W. J. (1999), Practical Nonparametric Statistics. New York: John Wiley & Sons, 3rd ed.
37. Fleiss, J. L. (1981), Statistical Methods for Rates and Proportions. New York: John Wiley & Sons, 2nd ed.
38. Pereira, Júlio Cesar R. (1999), Análise de Dados Qualitativos – Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. São Paulo: EDUSP.
39. Siegel, S. & Castellan Jr., N. J. (2006), Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2^a edição.

40. The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA (Programa Computacional).
41. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasil, Brasília, 2001, 36p.
42. Almeida FN, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002.
43. Júnior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15 (Supl. 1):1627-1636.
44. COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia: Definições. Disponível em URL: <http://www.coffito.org.br/>
45. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):137-44; www.ee.usp.br/reeusp/.
46. Ricarte LF. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho da Ribeira Grande [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2009.
47. Brito ML. A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos [dissertação]. Coimbra: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; 2000.
48. Amendola F, Oliveira MA, Alvarenga MR. [Quality of life of family caregivers of patients dependent on the family health program]. *Texto & Contexto Enferm (Portuguese)*. 2008;17(2):266-72.

49. Veras RP, Caldas CP, Dantas SB, Sancho LG, Sicsú B, Motta LB et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo). 2007 Jan./Fev.; 34(1): 5-12.
50. Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. Relações familiares e sobrecarga do cuidador. Esc Anna Nery (impr.)2013 abr - jun; 17 (2):346-353.
51. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):493-500.
52. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):861-6.
53. Costa ECS, Pereira PD, Miranda RAP, Bastos VHV. Sobrecarga física e mental dos cuidadores de pacientes em atendimento fisioterapêutico domiciliar das Estratégias de Saúde da Família de Diamantina (MG). Revista Baiana de Saúde Pública. 2013; 37(1):133-150.
54. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública.2003;19(3):861-6.
55. Fonseca NR, Penna AFG, Soares MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. Rev Saúde Coletiva. 2008;18(4):727-43.
56. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):57-63.
57. Gratao ACM, Vale FAC, Cruz MR, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):873-80.
58. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. Rev Psiq Clín. 2007;34(1):13-7.

59. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl.1):945-55.
60. Silva CAM, Arcker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Rev. Bras. Enferm*. 2007;60(2):150-4.152.
61. Silveira TM. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. *Textos sobre Envelhecimento* 2000; 2º sem (3/4): 13-28.
62. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica Enferm* 2004 [citado 10 dez 2005]; 6 (2). Disponível em: www.fen.ufg.br.
63. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 jan/fev; 12 (1): 115-21.
64. Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Sci Health Sci* 2004; 26 (1): 107-12.
65. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 set; 11 (3): 520 - 5.
66. Farran JF, Faria SH, Frank D. Caregivers of chronically ill elderly: perceived burden. *J Community Health Nurs*. 1999; 16(4):243-53.
67. Neri AL, Carvalho VAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p.778-80.

68. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

ANEXO 1 - CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA QUE ENVOLVA SERES HUMANOS

Caro (a) Senhor (a),

Eu, **Mariana Bastos dos Santos**, profissional fisioterapeuta, cujo o contato via com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP, localizado na Rua Joubert Wey, 290, Sorocaba/SP - (15) 3212 9896, estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: “*Sobrecarga biopsicossocial e Estresse do cuidador de idoso dependente, acompanhado pela Unidade Saúde da Família no município de Sorocaba-SP*”.

O objetivo deste estudo é avaliar a sobrecarga física, mental e social dos cuidadores informais de idosos dependentes (acamados e domiciliados), acompanhados pelo programa Saúde da Família pela Unidade Básica de Saúde (UBS) São Bento do município de Sorocaba-SP.

Por isto, necessitamos que o Sr. (a) forneça informações a respeito de sua saúde e rotina de cuidados, devendo ocupá-lo (a) por 20 minutos para completar as respostas. A primeira visita será para responder os questionários e logo em seguida será feita uma intervenção com a entrega de uma cartilha de orientações e cuidados em relação a sua saúde.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. As perguntas deverão ser respondidas sem nossa interferência. Não existem riscos. Sua participação trará benefício direto, proporcionando um melhor conhecimento à pesquisadora para esse fim.

Informo que o Sr (a). tem a garantia de acesso aos seus dados, em qualquer etapa do estudo, bem como obtenção de qualquer esclarecimento sobre eventuais dúvidas. Também é garantida a liberdade de retirada de seu consentimento, a qualquer momento. O (a) Sr (a) poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo. As suas respostas serão analisadas em conjunto com os orientadores da pesquisa e não será divulgada a identificação de nenhum dos participantes. O Sr (a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso seja solicitado, daremos todas as informações que desejar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito voluntariamente participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Participante: _____

Endereço:

Telefone: () _____ - _____

Declaração de Responsabilidade do Investigador

Eu, **Mariana Bastos dos Santos**, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do (a) entrevistado (a) para esclarecer as suas dúvidas. O (A) entrevistado (a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador Responsável _____

E-mail para contato: mbastos.fisio@gmail.com

ANEXO 2 - DADOS DO CUIDADOR

Nome: _____

DN: ___/___/___ Idade atual: _____

Naturalidade: _____ Religião: _____

Sexo: () M () F Cor: () branco(a) () pardo(a)
() negro(a) () amarelo(a)Estado Civil: () solteiro(a) () viúvo(a)
() casado(a) () separado(a) ou divorciado(a)Escolaridade: () sem instrução
() ensino básico incompleto () completo
() ensino médio incompleto () completo
() ensino superior incompleto () completo

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

Renda: () nenhuma
() igual ou inferior a um salário mínimo
() entre um e três salários mínimos
() entre três e seis salários mínimos
() acima de seis salários mínimosVínculo com o paciente: () pai/mãe () cônjuge
() filho(a)
() contratado. Profissional () Não-especializado ()
() outros. Qual? _____Horas de cuidado diário: () Integral () 12 horas
() 08 horas () 06 horas
() - de 6 horas () ajuda ocasionalmente

Presença de Problemas Físicos: () sim () não

Se positivo, quais? _____

Teve problemas: () atualmente () no último mês
() último ano () últimos cinco anos
() mesmo antes de cuidar

Fez tratamento? () sim () não

Presença de Problemas Emocionais: () sim () não

Se positivo, quais? _____

Fez tratamento? () sim () não
() Psiquiatria () Medicamentoso
() Psicologia () Outros

Alguém ajuda nos cuidados () sim Quem? _____ () não

Houve mudanças em sua vida depois do cuidar? () sim

Quais? _____ () não

Você procura ter momentos de lazer? () sim () não

ANEXO 3 - ÍNDICE DE KATZ (modificado)

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)	DEPENDÊNCIA		
		PARCIAL		COMPLETA
		Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	O idoso não faz a atividade considerada (3)
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito

CONTROLE ESFINCTERIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca		Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.

ANEXO 4 - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (Zarit)

Essa avaliação serve para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicada para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa.

Objetivo: avaliar estresse nos cuidadores.

Avaliações dos resultados: A avaliação compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas, se sentem ao cuidar de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que freqüência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas.

Providências com os achados/resultados: altos escores indicam estresse dos cuidadores e, nesses casos, a equipe deve discutir o planejamento assistencial mais adequado.

■■■ AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					

11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

ANEXO 5 - Cartilha de Exercícios para os Cuidadores

Esses exercícios foram retirados em duas cartilhas que estão disponíveis pela internet, caso queira pesquisa mais informações:

Cartilha de Osteoporose – Sociedade Brasileira de Reumatologia e Cartilha de Fisioterapia para Pacientes da Escola de Coluna - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - 4º edição - 2015

Caso sua dor piore durante a prática do exercício, orientamos a parar de realizar e procurar ajuda de um profissional fisioterapeuta ou um educador físico para esclarecer suas dúvidas.

“Faz parte da cura o desejo de ser curado” (Sêneca)!

Seja o responsável pela sua própria saúde.

Exercícios para realizar em sua casa

1. Pescoço:

Incline a cabeça em direção ao ombro para o lado direito e esquerdo, para cima e para baixo.



2. Tríceps:

Coloque a mão atrás da cabeça e com a mão contralateral puxe o cotovelo para baixo.



3. Músculo peitoral:

Cruze as mãos atrás da cabeça e empurre os cotovelos para trás, abrindo o peito (estimule a respiração profunda).



4. Músculos paravertebrais e glúteos:

Aperte com as mãos os joelhos e, ao mesmo tempo, force as coxas e os joelhos em direção ao tórax. Conte até dez, devagar, e depois solte. Certifique-se de que os ombros e o pescoço estão relaxados.



5. Panturrilha:

Empurre a parede (alterne os pés). Coloque as mãos contra a parede com uma perna atrás da outra. Mantenha a perna que está reta e os dedos olhando na direção da parede. Incline o corpo para frente, devagar, dobrando a perna que está à frente. Você deve sentir alongar a panturrilha, sem tirar o calcanhar do chão. Segure nesta posição contando até dez devagar.



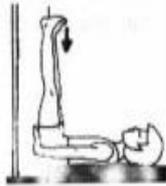
7. Músculo quadríceps

Apóie uma mão na parede, dobre o joelho para trás elevando o pé e puxe-o com a mão em direção ao glúteo.



6. Ísquios tibiais (musculatura posterior da coxa)

Com as pernas apoiadas na parede, force os dedos dos pés na direção do seu corpo. Conte até dez, devagar, e descanse.



7. Caminhada:

A caminhada é essencial quatro vezes por semana durante 40 minutos.

Durante a caminhada, endireite o seu corpo e ande o mais ereto possível, com o queixo para dentro e a cabeça bem levantada.

A caminhada revela-se altamente efetiva no controle da postura; uma simples caminhada é a arma mais poderosa no combate ao desequilíbrio.



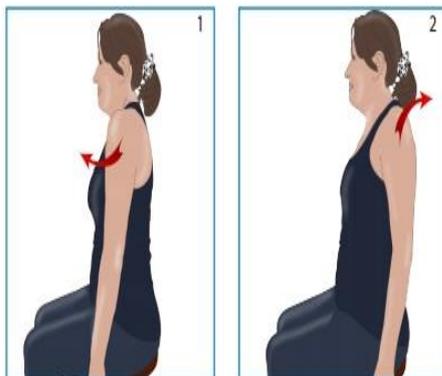
Deite-se de barriga para cima, estique os braços acima da cabeça e estique as pernas. **Alongue-se, conte devagar até 10 e relaxe.**



Os exercícios são: Levantar os braços lateralmente até o nível dos ombros. Realizar movimentos em círculos com os braços, imitando boxe; rodar os ombros e estendê-los; rodar os braços e os punhos (progredindo-se acrescentar pesos). Pés afastados (bater palma na frente e para cima).



Na mesma posição gire os ombros para trás lentamente associando a respiração. **Repita o exercício por 10 vezes.**



Mantenha os joelhos dobrados e os pés juntos, gire as pernas para o lado esquerdo e a cabeça para o lado direito, **permaneça por 10 segundos e gire para o lado oposto. Repita o exercício por 5 vezes.**

