

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL
DE IDOSOS DEPENDENTES DO
MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS – RS**

ZULEICA REGINA ALÉSSIO ORSO

**Porto Alegre
2008**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS
DEPENDENTES DO MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS – RS**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Gerontologia Biomédica.

ZULEICA REGINA ALÉSSIO ORSO

Orientador: Irenio Gomes da Silva Filho

Co-orientadora: Lúcia Hisako Takase Gonçalves

**PORTO ALEGRE
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O76p Orso, Zuleica Regina Aléssio

Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis : RS / Zuleica Regina Aléssio Orso. – Porto Alegre, 2008.

116 f.

Diss. (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS

Orientador: Dr. Irenio Gomes da Silva Filho

1. Gerontologia. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de Vida. 4. Cuidadores de Idosos. 5. Idosos. 6. Dependência.

I. Silva Filho, Irenio Gomes da. II. Título.

CDD 618.97
610.7365

Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363

ZULEICA REGINA ALÉSSIO ORSO

**PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES DO
MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS – RS**

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke (PUCRS)

Profa. Dra. Marion Creutzberg (PUCRS)

Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho, não só pela orientação, mas pela amizade, incentivo e principalmente, por sua participação em minha formação profissional.

À Profa Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves pela oportunidade de convivência, incentivo e valiosas contribuições a este trabalho e a minha formação profissional e pessoal.

Aos meus novos amigos Angela, Cletiane, Mônica e Paulo, do Instituto de Geriatria e Gerontologia, pela amizade e alegrias compartilhadas, cujas presenças e ajuda foram fundamentais para a superação dos momentos de dificuldades nesta etapa de qualificação profissional.

Aos meus queridos colegas e eternos amigos Ivana, Cristiani, Vilma, Júlio Alejandro. Valeu! Sucesso! Nós merecemos.....

À Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves, em especial ao Curso de Bacharelado em Enfermagem que estiveram sempre solidários nesta jornada.

À Prefeitura Municipal de Veranópolis, em especial ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e compartilhamento das informações que compõe este trabalho.

À Mag, Lê, Tina e Carol pelas inúmeras acolhidas.

À Tia Di, Tia Vone, Tio Vande, Vitinho, Vó Vani, Vôvo Zé, Vó Maria, Vôvo Elvo que ajudaram de forma incondicional a suprir a falta.

Ao Carlos e Isabella.....razões do meu viver.....Obrigado pelo privilégio de tê-los comigo.....amo vocês.....eternamente.....

À todos que de uma forma ou de outra colaboraram para esta conquista.

*Não importa onde você parou.....
em que momento da vida você cansou....
Recomeçar é dar uma nova chance a si mesmo.....
é renovar as esperanças na vidae,
o mais importante.....
acreditar em você de novo.
Sofreu muito neste período? Foi aprendizado.....
Chorou muito? Foi limpeza de alma....
Ficou com raiva das pessoas? Foi para perdoá-las um dia.....
.... quem sabe.....
Sentiu-se só por diversas vezes? É porque você fechou
a porta até para os anjos...
Acreditou que tudo estava perdido? Era o início de sua melhora...
Aonde quer chegar?
Ir alto?
Sonhe alto... queira o melhor do melhor...
Se pensamos pequeno...
Coisas pequenas teremos...
Mas se desejamos fortemente o melhor e principalmente
lutarmos pelo melhor...
o melhor vai se instalar em nossa vida.
Por que sou do tamanho daquilo que vejo,
e não do tamanho da minha altura....*

RESUMO

ORSO, Z.R.A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes no Município de Veranópolis – RS**. 2008, 116 fs. Dissertação (Mestrado). Instituto de Geriatria e Gerontologia. PUCRS, Porto Alegre, 2008.

O presente estudo teve como objetivo traçar o Perfil do cuidador informal de idosos dependentes, bem como, descrever características sócio-econômicas, de saúde e de qualidade de vida. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, realizado a partir de um corte transversal, em uma amostra de base populacional realizada no período de 2007 a 2008. A amostra da investigação constou de 145 idosos (≥ 60 anos), selecionados aleatoriamente, residentes no município e cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde para o Programa Nacional de Imunização contra o Influenza nos anos de 2006 e 2007. Desta amostra, encontramos 47 cuidadores. Os resultados evidenciaram considerável prevalência da necessidade de cuidador na população idosa estudada, evidenciando essa necessidade com o aumento gradativo da idade, principalmente os acima de 80 anos. As características principais do cuidador de idosos é muito semelhante à bibliografia pesquisada, vinculam-se na imagem da mulher, filhas ou esposas, casadas, de meia idade e com filhos. As tarefas indicadas pelos pesquisados, como as mais difíceis realizadas no dia-a-dia, estão relacionadas basicamente aos cuidados pessoais e ao suporte às atividades de vida diária. Ressalta-se que os cuidadores apontam essas tarefas como sendo uma carga excessiva e desgastante. A qualidade de vida do cuidador de idosos apresentou-se menor em relação aos controles, devendo-se basicamente a auto-avaliação da saúde. Em relação aos domínios, observa-se que o domínio psicológico mostrou uma diferença significativa entre os dois grupos pesquisados, como também uma pequena tendência ao domínio de relações pessoais, confirmando os problemas de saúde e as conseqüências do cuidado na vida do cuidador.

Palavras Chave: Gerontologia. Envelhecimento. Cuidadores de Idosos. Qualidade de vida. Idoso. Dependência

ABSTRACT

ORSO, Z.R.A. **Characteristics of informal caregiver of dependant elderlies in the municipality of Veranópolis – RS.** 2008, 116 fs. Master Thesis. Instituto de Geriatria e Gerontologia. PUCRS, Porto Alegre, 2008.

The objective of this study was to delineate the characteristics of informal caregivers working with an elderly population of dependant seniors by describing socio-economical and health aspects as well as quality of life of those two groups. It was an observational study containing descriptive and analytic aspects realized using a transversal fraction of the population from 2007 to 2008. The sample was made of 145 seniors (> 60 years old) residents in the municipality of Veranópolis randomly selected from the *Secretaria Municipal de Saúde* for the *Programa Nacional de Imunização contra o Influenza* in the years of 2006 and 2007 and their respective caregivers. In total 47 caregivers were found to be working with that sample of seniors. The results showed a considerable need for caregivers by the elderly population. Moreover, the need for a caregiver increased gradually as the age of the population increased, especially for seniors above 80-year old. The predominant characteristics of the caregiver were similar to those reported by the literature. The typical caregivers were women, daughters or spouses, married, middle aged and with children. The survey indicated that the most difficult day-to-day tasks for a caregiver were related with personal care and with supporting daily basic human needs of the seniors. The caregivers emphasized those tasks as contributing to extenuating shifts. The quality of life of the caregivers showed to be lower than the control sample, mainly observed by their health self-evaluation. A significant difference was notable in the psychological pattern of the two groups investigated, thus confirming health problems in the population of caregivers and the influence of the elderly population in the life of the caregiver.

Key words: Gerontology. Aging. Caregivers of the elderly. Quality of Life. Elderly. Dependency.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
ANOVA	Análise de Variância
AVD	Atividade de Vida Diária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidados de Pessoas Idosas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGG	Instituto de Geriatria e Gerontologia
MS	Ministério da Saúde
NHIS	National Health Interview Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
QPFC	Questionário do Perfil do Familiar Cuidador
QV	Qualidade de Vida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Live Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – versão abreviado.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição da faixa etária (em anos) em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, 47 que necessitam de cuidador e 98 que não têm essa necessidade..... 31
- Figura 2:** Distribuição das faixas etárias em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS..... 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das variáveis demográficas e sócio-econômicas em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade \geq 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.....	29
Tabela 2.	Distribuição das variáveis referentes às relações familiares e ajuda recebida, em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade \geq 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.....	32
Tabela 3.	Distribuição das variáveis relacionadas à saúde em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade \geq 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.....	34
Tabela 4.	Freqüência de tratamentos de saúde nos últimos seis meses em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade \geq 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.....	36
Tabela 5.	Distribuição das variáveis demográficas e sócio-econômicas em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis - RS.....	38
Tabela 6.	Distribuição das variáveis de saúde em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.....	40
Tabela 7.	Distribuição das variáveis referentes ao processo do cuidado realizado por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.....	42
Tabela 8.	Distribuição das variáveis referentes às conseqüências pessoais decorrentes do cuidado prestado por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.....	43
Tabela 9.	Distribuição das variáveis referentes as tarefas mais difíceis realizadas no cuidado ao idoso por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.....	44

Tabela 10.	Distribuição das variáveis referentes às considerações de 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS, em relação à tarefa que desempenha.....	45
Tabela 11.	Distribuição de freqüências de comportamentos de uma pessoa idosa segundo a opinião de 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.....	46
Tabela 12.	Distribuição das freqüências das ajudas realizadas por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS em atividades de vida diária.....	48
Tabela 13.	Avaliação da qualidade de vida em um grupo de 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS e em um grupo controle, pareado por sexo, idade e escolaridade.....	50

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	3
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	5
3.1.	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DO IDOSO.....	5
3.2.	CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS.....	11
3.3.	O CUIDADO INFORMAL DE IDOSOS E A ARTE DO CUIDAR.....	15
4.	OBJETIVOS.....	23
4.1.	OBJETIVO GERAL.....	23
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5.	MÉTODO.....	24
5.1.	DESENHO DO ESTUDO.....	24
5.2.	POPULAÇÃO.....	24
5.3.	COLETA DOS DADOS.....	25
5.4.	ANÁLISE DOS DADOS.....	26
5.5.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	27
6.	RESULTADOS.....	28
7.	DISCUSSÕES.....	51
7.1	PERFIL DO IDOSO.....	51
7.3	PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS.....	58
8.	CONCLUSÕES.....	64
9.	REFERÊNCIAS	67
	ANEXOS.....	74
	APÊNDICES.....	100

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira já não é mais uma surpresa, porém, continua sendo uma das principais preocupações dos gestores da área da saúde e atualmente influencia profundamente a prática profissional, inclusive da enfermagem. Essa tendência se manterá, uma vez que, a evolução demográfica dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, demonstra que o número de idosos está em franco crescimento.

Com o envelhecimento da população, é visto o crescimento rápido e preocupante do número de indivíduos com doenças crônico-degenerativas e limitadoras, no entanto, muitas destas pessoas, apesar das doenças que as acometem, envelhecem e permanecem estáveis, convivem bem com as limitações impostas pela situação de cronicidade. A condição crônica, limitadora e dependente, requer dos serviços de saúde e da família, competências e aprendizado de habilidades constantes para o seu manejo. Quando o manejo não é satisfatório, gera uma progressiva demanda, tanto aos serviços de saúde, notadamente, a nível de internação hospitalar e do setor de urgência e de emergência, como também, dispêndio financeiros e emocionais da família com a qual convivem.

Embora desvelar de forma abrangente a execução de cuidados seja importante, faz-se necessário também, a desmistificação do cuidado informal para uma boa prática do atendimento humanizado aos idosos. Nesta perspectiva, não se pode excluir, muito menos, minimizar a realidade deste e de muitos outros países, que independente do seu grau de desenvolvimento, cultura e religião, necessita promover alternativas para um cuidado diferenciado.

Muitos são os motivos que levam os profissionais, principalmente os enfermeiros, a estudar sobre o cuidado informal. Na literatura internacional da gerontologia, encontra-se um grande número de estudos realizados junto à cuidadores familiares, com o cunho de desvelá-los, bem como, conhecer as dinâmicas por eles utilizadas para suprir as suas próprias necessidades e também de quem está sendo cuidado. Embora conhecer esses estudos seja muito importante, não se pode esquecer que a realidade dos países nos quais eles foram desenvolvidos é bastante diversa do contexto brasileiro¹.

Em termos brasileiros, existem várias pesquisas relevantes junto aos cuidadores familiares. Porém, o que pode ser verificado, apesar dos esforços, é que ainda não possuímos um corpo de conhecimento suficientemente consistente e abrangente, que nos permita saber o que pensam esses cuidadores, como vivem, como se organizam para exercer essas funções, como são definidos, quais são os conflitos, as dúvidas, as queixas, os desejos, as conquistas, as vitórias, os medos, o inesperado, o desconhecido, que vivências experienciam diariamente, como solucionam seus conflitos, quem são seus apoiadores, e tantas outras questões que desconhecemos¹.

Enquanto não for possível deter informações mais concretas desta realidade, corre-se o risco de haver continuidade na criação de leis e políticas, cujos propósitos e diretrizes estão imbuídos das melhores intenções, contudo, no momento de operacionalizá-las, se tornam inviáveis ou não atendem às demandas de quem efetivamente irá implementá-las¹.

Assim, há de se pensar na importância de se reformular a abordagem preventiva em saúde, no sentido de modificar o foco de atenção de processos agudos, determinados pelas complicações das doenças incapacitantes¹. É necessário buscar para uma abordagem educativa, contínua, capaz de prevenir o sofrimento, as incapacidades resultantes de complicações agudas e crônicas, promover qualidade para a vida do idoso e, conseqüentemente, favorecer o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

O presente trabalho visa conhecer melhor o cuidador informal, o que deverá trazer informações importantes para essa nova abordagem. Nessa perspectiva, têm como objetivo geral, traçar o perfil do cuidador informal de idosos, segundo as características sócio-econômicas, demográficas, de saúde e de qualidade de vida no município de Veranópolis-RS. Como objetivos específicos, em relação ao cuidador informal, visa descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde do cuidador informal de idosos, bem como, verificar se a qualidade de vida do cuidador informal de idosos é diferente de controles da mesma faixa etária, sexo e escolaridade. Em relação ao idoso, busca escrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos, comparando os que necessitam de cuidador com os que não necessitam de cuidador no município de Veranópolis-RS.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Atualmente evidencia-se o fenômeno do prolongamento da vida, pois viver até os 80 anos de idade nas últimas décadas já não é uma surpresa. Contudo, a condição de longevidade pode associar-se a fragilização, tornando o idoso vulnerável às diversas condições delicadas de vida e saúde^{2,3}.

“A velhice é um fenômeno biossocial que não existe singularmente e nem de modo tão evidente quanto se costuma enunciar.”⁴.

No contexto brasileiro, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, em 1991, havia 13.865 centenários, chegando a 24.576 em 2000, com perspectivas crescentes de que esse número crescerá consideravelmente não só no Brasil, mas também em todo o mundo. O IBGE⁵ estima também, que 85% dos idosos atualmente, apresentam pelo menos uma doença crônica, e destes, pelo menos 10% em condições de co-morbidade concomitante. O Ministério da Saúde (MS)⁶ prevê que no Brasil, em 2020, o seguimento de pessoas idosas corresponda a 14% da população brasileira, atingindo um total de 13,5 milhões de idosos.

Esse aumento na longevidade, e as mudanças nos padrões de saúde têm contribuído para que as pessoas, ao viverem mais anos de vida, venham a sofrer a fragilização geral, que passa a acentuar-se com o avançar da idade. Desse modo, a prevalência de doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros, contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando na necessidade de cuidados constantes. Por isso, torna-se indispensável à presença, cada vez mais, do cuidador informal, auxiliando o idoso em suas atividades de vida diária (AVD), adaptadas às necessidades de atenção especial⁶.

Néri & Sommerhalder⁷ ressaltam que a existência de uma incapacidade funcional é o que determina a necessidade de um cuidador. Nos países desenvolvidos, o cuidador já é assimilado como um parceiro da equipe de saúde, mas ainda não tem seu papel reconhecido no sistema de saúde brasileiro. Na Inglaterra, estima-se que mais de 6 milhões de pessoas sejam cuidadores de indivíduos dependentes, em sua maioria idosos⁸.

Neste sentido, é possível identificar a preocupação que os formuladores de políticas têm em relação ao envelhecimento da população, e levantar questões fundamentais, dentre elas, de como favorecer a longevidade e o envelhecimento com qualidade; como ajudar as pessoas a permanecerem independentes, ativas e saudáveis à medida que envelhecem; como encorajar a promoção da saúde, especialmente quando direcionadas aos mais velhos; como a qualidade de vida pode ser melhorada; como equilibrar o papel da família e do Estado, em termos de assistência àqueles que necessitam de cuidados à medida que envelhecem; como a família pode ajudar no processo de envelhecimento

saudável; quem cuida de quem; como realiza este cuidado; como enfrentar a doença dentro do núcleo familiar; e a família desestabilizada pela doença/dependência, como reconhecer e apoiar o papel importante que as pessoas desempenham no cuidado de outrem^{5,6,9}. No Brasil, a literatura atual demonstra uma escassez de estudos explorando esse fato. Tal lacuna é importante porque a necessidade de cuidador é um fator a mais a ser considerado no planejamento de políticas públicas de saúde para idosos.

Diante do exposto, e considerando os problemas sociais atuais, ocasionados pelo aumento da expectativa de vida, principalmente os relacionados à manutenção da saúde das pessoas idosas e de sua permanência junto à família, torna-se necessário os cuidados oriundos de redes informais de apoio, constituídas muitas vezes por filhos, cônjuges, outros parentes, amigos ou vizinhos. Essa rede informal representa, atualmente, a mais importante fonte de atenção ao idoso¹⁰.

A família exerce papel fundamental no bem-estar de seus membros. Assim, pesquisas, investigações e estudos, que busquem atualizar os conhecimentos e procurem estabelecer informações sobre o problema, são relevantes e podem se transformar em fontes de contribuição, para a gestão dos formuladores da política sanitária quer sejam públicos ou privados.

Alicerçada em concepções teóricas da gerontologia e visando contribuir para o campo da Saúde Coletiva, a proposta tem como foco, estudar as características do idoso, do idoso dependente e de seu cuidador informal, no município de Veranópolis-RS.

O estudo se justifica na medida em que, se existem perspectivas crescentes das pessoas viverem cada vez mais, também é real o risco de ficarem mais frágeis, condicionadas às vulnerabilidades que afetam a vida e a saúde.

Neste sentido, conhecer o perfil dos cuidadores informais, contribui na identificação de subsídios essenciais, para o repensar de políticas públicas e sociais locais, o replanejamento de programas e ações apropriadas, nas situações de cuidado à população idosa. Em suma, o estudo pretendeu mostrar a percepção do cuidador em relação à sua saúde e sua qualidade de vida, as relações cuidador/idoso, às necessidades e dificuldades em realizar o cuidado, produzindo informações que poderão guiar novas pesquisas, na busca de conhecimentos gerontológicos do município.

A abordagem desse tema possibilita uma reflexão de como manter a qualidade de vida do idoso, priorizando a assistência domiciliar, o convívio familiar, a incorporação do suporte familiar, a necessidade de capacitação da família cuidadora que realiza o cuidado do idoso e cuidados especiais em situação de vulnerabilidade e fragilização. Este estudo busca também, reconhecer que essa questão, tende a se tornar um problema de saúde pública se as famílias e a sociedade não se prepararem.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DO IDOSO

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, tanto nacionais, quanto locais. Está se falando aqui, de um segmento que vivencia a última etapa da vida, composto tanto por pessoas com total autonomia, com capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico e social, e que desempenham papéis importantes na família, quanto por pessoas que não são capazes de lidar com as atividades básicas do cotidiano, e sem nenhum rendimento próprio, ou seja, um grupo com necessidades diferenciadas¹⁰.

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, continua sendo uma das preocupações da humanidade, preocupação esta que advém desde o início da civilização. A história demonstra que as idéias sobre a velhice são tão antigas quanto à origem da humanidade, ressaltando-se que o século XX, marcou os grandes avanços da ciência do envelhecimento, devido a estudos realizados pelos pioneiros Metchnikoff, em 1903, e Nascher, em 1909, na área da Gerontologia e Geriatria respectivamente¹¹.

Posteriores aos pioneiros, muitos outros estudos foram publicados, demonstrando que se despertava um interesse maior sobre a velhice. Gradativamente, o número de estudos aumentou significativamente, focando-se principalmente sobre os processos intelectuais, refletindo a aceitação da idéia de que são fundamentais à adaptação dos idosos¹¹. Cabe lembrar que esse interesse permanece até hoje, o que justifica as novas frentes de interesse que se ampliaram, devido às necessidades sociais associadas ao envelhecimento populacional e à longevidade, como por exemplo, o apoio aos familiares que cuidam de idosos dependentes, entre outros.

Dados dos EUA revelam que em 1900, havia 252.000 pessoas de 80 a 84 anos e, somente 122.000 com 85 anos ou mais. Noventa anos mais tarde, esses números passaram para 3,9 milhões e 3,0 milhões respectivamente¹². No Brasil, nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940, era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões^{3,5,13}.

O aumento acentuado do número de idosos trouxe consequências para a sociedade, e a perspectiva de uma longa sobrevivência, tem feito parte dos sonhos da população mundial. O prolongamento da vida é caracterizado por muitos autores como um fenômeno, pois os limites da finitude ultrapassaram os 80 anos de idade nas últimas décadas. Atingir 100 anos não é considerado um privilégio de poucos, porém o que parece ser novo é o aumento da esperança de vida ao nascer, o que tem ocorrido de forma sustentada em quase todo o mundo desde a Segunda Guerra Mundial^{13,15}.

Isso pode ser reforçado através da visão antropológica do envelhecimento, que caracteriza a velhice como um fenômeno biossocial, que não existe singularmente e nem de modo tão evidente, quanto se costuma enunciar⁴. Segundo Motta⁴, não existe a velhice, existem “velhices”; o que também significa que não existe velho, existem velhos; “velhos e velhas”, em pluralidade de imagens socialmente construídas, e referidas a um determinado tempo do ciclo da vida.

No caso brasileiro, esse prolongamento de vida pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos, no total da população nacional: de 4% em 1940, para 8,6% em 2000¹¹. Projeta-se para 2020, um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos. Se isso se concretizar, os idosos virão a constituir cerca de 14% da população brasileira. A comparação do perfil por causas de morte da população brasileira com a de outros países, sugere a existência de um grande espaço, para a continuação da queda da mortalidade da população idosa brasileira e, do conseqüente crescimento desse segmento^{3,13,14,16}.

Assume-se que a idade traz vulnerabilidades, perdas de papéis sociais com a retirada da atividade econômica, aparecimento de novos papéis (ser avós), agravamento de doenças crônicas e degenerativas, perdas de parentes e amigos, entre outras. Supõe-se, também, que esse processo é diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça, localização geográfica, e que pode ser minimizado por políticas públicas. As suas condições de vida vão depender das capacidades com que nasceram (básicas), das capacidades adquiridas e da inter-relação entre as duas capacidades, com as facilidades/dificuldades criadas pelo meio ambiente, políticas públicas, entre outras. Além disso, desenvolvimento econômico, envelhecimento populacional e condições de vida da população idosa, devem ser reconhecidos como processos inter-relacionados^{3,10,17}.

Contudo, há de se considerar que esse aumento na expectativa de vida não deve ser traduzido necessariamente como saúde melhor¹², ao contrário, tem mostrado que as pessoas, ao viverem mais anos, provavelmente venham a sofrer a fragilização geral, que passa a acentuar-se com o avançar do processo de envelhecimento. É possível que as doenças crônicas, que com freqüência acompanham as idades avançadas, venham a ser um sério e dispendioso problema para o sistema de saúde que irá crescer junto com esta população^{2,4,12}.

Atualmente, em função da transição demográfica, apresenta-se um quadro no qual o idoso sobrevive na dependência de uma ou mais pessoas, para suprir as suas necessidades e incapacidades na realização das AVDs. Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento, é uma meta fundamental para indivíduos e governantes, na medida em que, se existe perspectivas crescentes das pessoas viverem mais, também é real o risco de ficarem mais frágeis^{14,18,19}.

No contexto brasileiro, estima-se que 85% dos idosos, apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes, pelo menos 10%, em condições de co-morbidade concomitante. Desse modo, a

prevalência de doenças crônicas e longevidade atual dos brasileiros, contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando a necessidade de cuidados constantes^{5,6,9}.

A proporção de idosos vivendo sozinhos é mais elevada entre os muito idosos, do que entre os idosos em geral, tendo esse diferencial crescido no tempo. Caracteriza-se também, por ser mais elevada entre as mulheres que apresentam, em geral, uma propensão maior que os homens a viverem sozinhas, como fator decorrente da viuvez, separação/desquite e divórcio¹⁴.

Apesar de os dois processos responsáveis pelo envelhecimento populacional terem sido bem aceitos pela sociedade (queda da fecundidade e redução da mortalidade), suas conseqüências têm, em geral, sido vistas com preocupação. A preocupação reside basicamente na associação feita entre envelhecimento e dependência. Uma das características da população idosa é o alto peso da população feminina, explicado pelos diferenciais de sobrevivência entre os sexos, ou seja, pela expectativa de vida maior das mulheres^{13,14,16}.

Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Isso quer dizer que a população considerada idosa também está envelhecendo. Em 2000, esse segmento foi responsável por 12,6% do total da população idosa. Tais alterações levam a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso²⁰. Contudo, a condição de longevidade pode associar-se a fragilização, tornando o idoso vulnerável às diversas condições delicadas de vida e saúde^{2,13,20}.

Do ponto de vista cronológico, a fronteira de envelhecimento tende a expandir-se, embora do ponto de vista psicossociobiológico, deve-se enfrentar os problemas de uma velhice subdesenvolvida, em decorrência de carências nutricionais, educacionais, sanitárias, habitacionais, etc, provocadas pelos desequilíbrios sociais e regionais²⁰. Isso é identificado como um período de transição, entre uma forte natalidade/mortalidade, para uma frágil natalidade/mortalidade. Todos esses aspectos servem para provocar uma urgente e necessária reflexão, sobre o tipo de sociedade atual e como a mesma está se preparando para o enfrentamento dessa realidade. Em uma sociedade de forte natalidade/mortalidade, o projeto familiar se sobrepõe ao individual e a experiência dos que vivem mais é muito valorizada. Por outro lado, nas sociedades industriais/ocidentais, onde aparece mais a frágil mortalidade/natalidade, a tendência é atribuir menor valor à experiência acumulada, sendo que o projeto individualista de vida e de propriedade econômica individual se sobressai ao coletivo¹⁵.

Considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% dela é formada por mulheres¹³. A proporção do contingente feminino é mais expressivo quanto mais idoso for o segmento, fato este explicado pela mortalidade diferencial por sexo. Isso leva à constatação de que, “o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres”²¹. Lloyd-Sherlock²² comenta que, mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. O autor

exemplifica que mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas, ocasionada pela longevidade superior ao homem, e também, de possuírem uma situação sócio-econômica desvantajosa devida, principalmente, ao fato de não terem executado um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Já os homens mais velhos apresentam maiores dificuldades de se adaptarem à saída do mercado de trabalho. Em reflexão, o autor conclui que o envelhecimento acontece de forma diferenciada entre homens e mulheres, e isso, apresenta implicações na forma como as famílias se organizam.

A prevalência de mulheres também se tornou mais expressiva ao longo das décadas. Embora tenha apresentado um aumento no período compreendido entre 1940 e 1960, a tendência da razão de sexos foi de queda acentuada nas décadas seguintes¹³.

Relacionado a isso, uma questão mantém-se presente nos estudos de Gerontologia, a relação de qualidade de vida ou sobrevida dos idosos, em termos de saúde e autonomia. A existência de algumas doenças crônicas, que antes de representarem um risco de vida, constituem uma ameaça à autonomia e independência do indivíduo, promove uma preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde, e os custos que o envelhecimento da população pode acarretar¹⁴.

Camarano¹⁴ ressalta também, que essa visão traz embutido um determinismo demográfico, o qual constata, empiricamente, que os custos de saúde aumentam com a idade, mas o ritmo e a forma com que isso ocorre dependem das condições de saúde da população que envelhece, bem como, da forma como o sistema de saúde está organizado. A autora reforça que o aumento de duração da vida seja acompanhado por uma compressão da morbidade em todas as faixas etárias, o que se deverá traduzir em uma vida mais longa e de melhor qualidade para um maior número de idosos.

A autonomia aqui descrita refere-se como a capacidade de decisão, de comando; e independência como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios¹⁰. Os eventos biológicos que ocorrem ao longo do tempo de vida acontecem de forma diferenciada, e em ritmos diferentes em cada pessoa, além de receber influências de fatores sócio-econômicos e fatores ambientais. Desta forma, o processo de envelhecimento é influenciado, não apenas pela idade, mas em grande medida, pelo modo como vive. Ao contrário do envelhecimento cronológico, facilmente mensurável, é difícil aferir mudanças que espelhem todas as mudanças biológicas associadas a idade²³.

Defini-se como dependente, a pessoa que está incapacitada integral ou parcialmente de realizar atividades da vida diária (AVDs), como se alimentar, se vestir e se higienizar, se locomover, ou de tomar decisões como administrar a casa, bens, dinheiro, assinar documentos, dirigir automóveis e assumir compromissos (atividades mentais). A dependência assume muitas formas, desde a dependência física até a emocional. Embora possuam diversos significados em meio a tantas culturas ou mesmo indivíduos distintos, num sentido mais geral, dependência significa um estado em que a

pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem, e autonomia a capacidade do indivíduo em manter seu poder de decisão²⁴.

É importante refletir a cerca das definições de independência e dependência, pois são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a uma pessoa e dependente em relação a outros. Essas definições e tantas outras transmitem a impressão de que, a dependência sempre se refere a uma relação social. Ela, portanto, não é um atributo individual, mas sim de um indivíduo em relação a outros¹¹.

A graduação da dependência também pode variar desde a dependência total, como nos casos em que as pessoas estão em estado de coma, até as situações em que precisam de ajuda para abrir uma porta, ou de companhia para não se sentirem sozinhas²⁵. Camarano²⁶ relata que a falta de autonomia para lidar com as atividades básicas do cotidiano, e a ausência de rendimentos, são os principais determinantes da “dependência” dos idosos. Pesquisas realizadas em 2003 revelaram que, 13,3% dos idosos brasileiros não eram capazes de lidar com as atividades mais básicas, tais como comer e/ou ir ao banheiro sozinhos, significando aproximadamente dois milhões de idosos, dos quais 58% eram mulheres. Revelaram também que, aproximadamente 75% não estavam no mercado de trabalho, e 10,8% não tinham renda, ou seja, 1,5 milhões de idosos, dos quais 80% eram mulheres. Com relação à “dependência” sobre a família, 11,8% dos idosos residiam na casa de outros parentes. Camarano²⁶ acredita que, parte dessa “dependência” das mulheres idosas, pode estar mais associada ao seu mais baixo status no passado do que à idade. Considera também, como indicador de “dependência”, a redução expressiva na proporção de pessoas idosas sem rendimentos.

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que o envelhecimento é um processo multifatorial, indo do nível molecular ao fisiológico e morfológico, com uma importante modulação do meio sobre os conteúdos genéticos, influenciados por modificações psicológicas, funcionais e sociais que ocorrem com o passar do tempo²³.

As alterações morfológicas e funcionais, que ocorrem com o envelhecimento, podem ser descritas de acordo com os órgãos ou sistemas, como também pela prevalência das patologias devido aos processos degenerativos. Dentre essas, pode-se destacar as mais comumente encontradas como a catarata, o glaucoma, as doenças cardiovasculares (cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial), enfermidades geniturinárias, Diabetes Mellitus, enfermidades da tireóide, músculo-esqueléticas, osteoporose, transtornos mentais e enfermidades neurológicas²³.

A presença de uma ou mais dessas alterações carregam consigo a idéia de fragilidade, isto é,

idoso frágil. O conceito de fragilidade é um importante parâmetro na área do envelhecimento, pois estabelece critérios para determinar quando e em que situações um idoso necessita de apoio. Considera-se um idoso frágil àquele que possui algumas das seguintes características: idade avançada (mais de 80 anos), solidão, presença de múltiplas doenças ou situações de saúde que se manifestam de forma atípica ou obscura, vulnerabilidade a efeitos adversos de tratamentos, vulnerabilidade a doenças, problemas funcionais, cognitivos e afetivos, dificuldade para locomover-se, incapacidade adquirida recentemente, quedas freqüentes, incontinência e risco de institucionalização prematura ou inadequada¹⁸.

Conforme dados do Ministério da Saúde^{6,9}, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, as doenças crônicas são causas importantes e dispendiosas de deficiência e pior qualidade de vida. A independência de pessoas mais velhas é ameaçada quando, deficiências físicas ou mentais, dificultam a execução de atividades cotidianas. Com o passar dos anos, tendem a encontrar mais obstáculos relacionados ao processo de envelhecimento. À medida que as populações envelhecem um dos maiores desafios da política de saúde é, alcançar um equilíbrio entre o apoio ao “autocuidado” (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde). Está claro que uma boa parte dos cuidados que os indivíduos necessitam pode ser proporcionado por eles mesmos, ou pelos cuidadores informais.

“A crescente demanda de assistência à saúde da faixa etária que irá mais crescer nesse século e a existência de alternativas de atenção colocam importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, a quem financia os serviços de saúde. Insistir exclusivamente no modelo hospitalar e asilar significa uma total falta de sintonia com o que está acontecendo no mundo, como um desprezo pela realidade do idoso no Brasil” – Mendes²⁷.

Todos os idosos, de certa maneira, desenvolvem suas próprias experiências. Como resultante, a sabedoria deixa de ser um patrimônio restrito a uma minoria de anciãos, devido ao número cada vez maior de pessoas que alcançam a longevidade. Somos produto e produtores dessa sociedade, onde o papel da memória é frágil e vem sendo desvalorizado. As lembranças do idoso não fazem mais parte do patrimônio coletivo. Atualmente, o idoso é discriminado por uma sociedade, que não produz papéis e padrões comportamentais apoiados no valor da respeitabilidade, decorrente da experiência acumulada. O tempo passa para todos, e isso é inevitável¹⁵.

Nesta perspectiva, é possível identificar e questionar a preocupação que os formuladores de políticas têm ou deveriam ter em relação ao envelhecimento da população. Desmistificar e desvelar tantas questões e desafios requer um repensar, um planejamento inovador por parte dos governantes^{6,9}.

Contudo, torna-se indispensável à presença, cada vez mais, do cuidador informal auxiliando o idoso em suas atividades de vida diária, adaptadas às necessidades de atenção especial ^{2,4}.

3.2. CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS

A chegada da maturidade e a vivência da velhice podem significar realidades amplamente diferenciadas, da plenitude à decadência, da gratificação ao abandono, sobretudo em presença de extremas disparidades sociais e regionais, como as que caracterizam o Brasil contemporâneo. O declínio biológico normal, o aparecimento de doenças e dificuldades funcionais com o avanço da idade, sustentam de modo geral, uma concepção de velhice, como período de decadência inexorável. Reconhecidamente, o envelhecimento humano é um fato heterogêneo, recebe a influência de aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos¹⁹.

O envelhecimento acelerado no Brasil levanta inúmeros questionamentos a cerca do impacto sobre o sistema de saúde. O desafio nas políticas de saúde atualmente é a prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares. As doenças, nesse período, geralmente são crônicas, múltiplas, perduram por vários anos, exigem mais cuidados permanentes, demandam mais serviços de saúde. Com o aumento da longevidade, há uma necessidade permanente de preconizar programas de saúde, que ajudem a prevenir e minimizar deficiências⁹.

“[...] a idade, a maturidade, o temor pela morte e de se tornar dependente deriva da cultura inculcada de que o idoso é limitado e dependente de cuidados, e que, apesar de todos os esforços em prol de um envelhecimento saudável, muitas vezes a realidade nos mostra idosos frágeis pelas múltiplas e mal cuidadas doenças crônicas que os acometeram durante a vida e por isso e em função disso, provavelmente irão necessitar do apoio e da atenção de outrem, a quem chamo de cuidador”- Jacob Filho ²⁸.

Cabe lembrar, que já fomos totalmente dependentes na fase inicial das nossas vidas, e que por mais competentes que possamos ser em nossas aptidões, sempre teremos a necessidade de ajuda de outrem, para que possamos levar a vida cotidiana. Em reflexão, ninguém, em idade alguma, é totalmente capaz de fazer o que quer sem a participação de outros. O cuidador é visto como alguém que trabalha por vocação, e que faz o que faz pelo desejo maior de se tornar mais agradável a vida do próximo, seja ele seu parente ou seu cliente. Esta atividade nem por isso deve ser entendida como uma atividade isolada ou, obrigatoriamente sacrificada, não há porque executá-la com sobrecarga pessoal²⁸.

O fato de um membro da família desencadear um processo de dependência altera a dinâmica familiar, na medida que a pessoa vai desenvolvendo a doença, há uma mudança de papéis nos

membros dessa família. A inversão pai-filho é vista como problemática. A criança que um dia foi dependente do pai, muitas vezes de forma inesperada, o vê sob sua dependência, tendo de assumir um novo e diferente papel, pois a fonte principal de seu apoio se perdeu devido à doença^{29,30}.

No cuidado ao idoso, a família surge com um papel de destaque, principalmente a mulher³¹. Geralmente, as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes, e estudos revelam que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certos padrões refletidos em quatro fatores: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva. Em relação ao parentesco, é visto com maior frequência a participação dos cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho. A presença da mulher tem maior predominância nas questões de gênero. Na aproximação física, considera-se quem vive com a pessoa que requer os cuidados e, em relação à proximidade afetiva, destaca-se a relação conjugal e a relação entre pais e filhos³².

Giacomin et al³³ utilizando dados do projeto Bambuí, que consiste em uma análise de coorte para a população idosa do município de Bambuí, identificaram que as esposas e filhas eram as principais cuidadoras dos idosos dependentes. A pesquisa também mostrou que a ajuda de outras pessoas, como filhos, parentes e vizinhos, não ocorria de fato. O ato de cuidar dos idosos dependentes, é entendido pelas idosas bambuienses, como parte de sua tradicional função de esposa e de responsável pela tarefa do lar. Aliás, muitos autores sugerem que não é só no Brasil que as mulheres são as "grandes cuidadoras", ou as "responsáveis principais" pelos idosos que apresentam alguma incapacidade^{8,29,31}. Neri³⁴ aponta que em quase todo o mundo, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel da cuidadora seja uma especificidade feminina. As jovens devem cuidar dos filhos, e na meia-idade ou mesmo na velhice, devem cuidar dos maridos doentes, pais e sogros fragilizados.

A literatura mostra que pesquisas realizadas em diversos países, também demonstram que a maioria dos idosos que necessitam de ajuda a recebem de seus cônjuges. Em vários países da Europa, como a Dinamarca (96%) e a Holanda (94%) a maioria dos idosos com mais de 70 anos vivem sozinhos ou apenas com seus cônjuges. Ressalta-se que, provavelmente, quando se fala de cônjuges está se falando de mulheres, ou seja, a responsabilidade pelo cuidado tem um forte viés de gênero e apresenta-se intimamente relacionada ao estado conjugal dos idosos³⁵. Porém, há de se considerar que a visibilidade social desta personagem, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas³⁶.

Neri³⁷ também reforça essa tendência quando refere que existe atualmente, uma expectativa generalizada de que os idosos sejam amparados pela família e de que, dentro desta, sejam principalmente esposas e filhas, e depois outros membros da constelação familiar e de afinidade, que

realizem o cuidado. Lembra também, que mesmo hoje, em que os valores sociais parecem tão subvertidos, o cuidado a idosos se dá principalmente no recesso das famílias.

Essa opção pode ocorrer devido a questões culturais, tradição histórica, conceitos religiosos, questões tradicionais, sociais e sentimentais, pressões da sociedade e, até mesmo, desconforto por parte da família em receber críticas e sanções da sociedade. Desde pequena a mulher aprende que um dos seus mais importantes papéis no plano familiar, é o de cuidadora e mantenedora do bem-estar, e é com frequência que assume essa responsabilidade. Os cuidados oriundos dessas redes informais de apoio representam atualmente, a mais importante fonte de atenção ao idoso. São e estão mais dispostas para a árdua tarefa, dispõem de habilidades apropriadas^{25,29,31,37,38}.

Da mesma forma, o domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa, tem se tornado cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias³⁹. O maior indicador para o asilamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre idosos, é a falta de “suporte familiar”. Não há dúvidas, que a permanência do idoso no domicílio, em seu meio familiar e social, é considerado o melhor cenário para viver a velhice de forma equilibrada, devido ao constante contato com as pessoas que lhes são mais próximas. Por outro lado, a experiência de atendimento integral aos idosos dependentes, em instituições voltadas para o cuidado de longa duração, ainda é bastante limitada não só no Brasil, como em todo o mundo. De acordo com Camarano¹⁸, existiam aproximadamente dois milhões de idosos com dificuldades para a realização das atividades da vida diária (AVD) em 2003 e, aproximadamente, 100 mil residiam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Isso mostra a família como instância cuidadora³⁵.

Os problemas no universo familiar, geralmente, têm origem ou se acentuam com a perda do cônjuge, fato mais freqüente entre as mulheres pela maior longevidade feminina. A fragilização pelo luto, e a dificuldade de recomposição e reconstrução da vida afetiva nessa faixa etária, podem estreitar as possibilidades de contatos sociais, e agravar debilidades físicas e emocionais, ao reforçar no sujeito sua condição de confronto com a morte¹⁹. As transformações recentes na estrutura familiar, como a diminuição do tamanho da família e a inserção da mulher no mercado de trabalho, dificultam o suporte familiar ao idoso, principalmente em caso de doença e/ou incapacidade¹⁹.

Caldas⁴⁰ indica que, a família apresenta necessidades que vão, desde os aspectos materiais, até os emocionais, passando pela necessidade de informações. Por outro lado, essa família-cuidadora (cuidadores informais) necessita de informações sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, é importante o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio, e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores

principais. Frustração e raiva também são sentimentos comuns. Raiva por aquilo que está acontecendo juntamente àquela pessoa, e raiva dos outros que parecem não oferecer qualquer ajuda; raiva do idoso pelo seu comportamento difícil; raiva da inadequação dos serviços, que não satisfazem as necessidades do cuidador⁴⁰.

O cuidador permanece junto ao idoso em sua "jornada do envelhecer", acompanhando-o, em geral, de modo árduo e penoso, motivado por esperança de vida longa, mas, também, com desilusões, sofrimentos e importante carga de trabalho dispensada ao paciente, vivências que tendem a se intensificar com a evolução das doenças, enfocando as questões relativas ao papel, às responsabilidades e ao estresse da família e do cuidador^{27,29,30}.

É fato, que todas as alterações, promovidas pelo envelhecimento, podem facilitar o asilamento social do idoso, bem como, de seus familiares mais próximos. As seqüelas decorrentes dos déficits (cognitivos, motores, sensoriais) e, o agravamento das patologias crônicas degenerativas, impõe limites à independência, dificultando as relações sociais. Nas relações familiares, busca-se cada vez mais uma melhoria na dignidade do envelhecimento, apesar de todo o preconceito com que a sociedade trata a velhice. Neste âmbito, o envelhecimento traz consigo não só a perda da autonomia (física, mental, financeira), como também a tendência a solidão e a discriminação. A diminuição da constituição das famílias, a profissionalização e inserção das mulheres no mercado de trabalho e a independência financeira dos jovens cada vez mais precoces, dificultam o suporte familiar ao idoso^{39,40}.

A dependência deve ser destacada como um processo dinâmico. Sua evolução pode modificar-se ou até ser prevenida se houver ambiente e assistência adequados. Portanto, a solução do problema representado pelo envelhecimento com dependência, inclui o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes a fim de prevenir a dependência. E isso deve ser parte dos programas de promoção da saúde^{1,4,10,11,17}.

A família deve ser preparada também para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade³⁹.

Zarit⁴¹ relata que cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, e podem ter mais problemas de saúde que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho, e apresentam maior freqüência de conflitos familiares, freqüentemente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum. Algumas pessoas chegam a apresentar o que tem sido chamado de "erosão do self", pela forma como submergem no papel de cuidadores.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, ocupação de cuidador integra sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que, “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração⁴².

O Guia Prático do Cuidador, organizado pelo Ministério da Saúde⁴² descreve que a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressalta ainda, que não fazem parte da rotina do cuidador, técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. Também estabelece algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador, dentre elas, destacam-se algumas como: escutar, estar atenta e ser solidário com a pessoa cuidada, ajudar nos cuidados de higiene, alimentação, locomoção, atividades físicas, estimular atividades de lazer e ocupacionais, realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, fazer massagens de conforto, administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde, comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada e outras situações que se fizerem necessárias, para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto, o cuidador não deve executar procedimentos técnicos, que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro, colocação de sondas, etc⁴².

Cabe ressaltar, que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. Diante disto, torna-se inegável a complexidade e a responsabilidade do cuidado permeado, muitas vezes, por sentimentos diversos e contraditórios.

3.3. O CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS E A ARTE DO CUIDAR

O cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano, no momento que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização e a cidadania do que cuida. Quem cuida tem a possibilidade de um crescimento pessoal através desta prática²⁹.

Nenhum de nós possui um manual de instruções sobre como devemos ser cuidados, como devemos cuidar ou em que momentos isso deve ocorrer. Na situação de uma família que precisar

cuidar de um de seus membros, muitas são as dúvidas que surgem, as quais buscam o real significado do ato de cuidar e quais são os seus limites. Teoricamente, “cuidar” significa prestar atenção em todos os aspectos referentes à atividade vital de uma pessoa. A amplitude deste conceito explica também sua complexidade, e acarreta uma infinidade de funções não escritas, mas presentes no dia-a-dia dos cuidadores²⁵.

O cuidado familiar faz parte da cultura. Quando não cumpre esta função adequadamente, a família sofre sanções sociais, pois é considerada negligente e irresponsável. As religiões de uma maneira geral, instruem seus seguidores a honrar pai e mãe^{15,25}.

Caldas³¹ comenta que um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou estão sobrecarregados por esta responsabilidade. A autora coloca também, que pode ser por este contexto, a existência de uma possibilidade concreta de surgirem os maus tratos.

Embora a legislação e as políticas públicas afirmem, e a própria sociedade acredite que os idosos devem ser assistidos pela família, não se pode ter garantias que a família prestará um cuidado humanizado. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é importante lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado³¹.

Existem aspectos importantes e permanentes que devem ser observados quando se faz uma análise acerca do cuidado familiar, destacando o respeito ao ser humano, a capacidade de atender as limitações do outro e a disposição de servir. Cuidar é um ato de amor, porém, não se deve cair numa visão romântica ou ingênua, de que o cuidador é responsável por tudo e que esta missão é somente sua, o cuidar deve ser um ato compartilhado⁴³.

Podemos imaginar com base no que foi encontrado na literatura, o ônus da árdua e desgastante tarefa do cuidador, forjada numa repetitividade diária incessante, muitas vezes durante anos, com sobrecarga de atividades no seu cotidiano sendo, quase sempre, uma atividade solitária e sem descanso, que pode invadir sua vida psíquica, com repercussões físicas importantes, levando-o a um isolamento afetivo e social.^{27,30,32}

Gonçalves, Alvarez e Santos⁴⁴ destacam os seguintes fatores estressantes, relatados por cuidadoras de idosos:

1. os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a necessidade de vigilância constante;
2. o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado;
3. a sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada da cuidadora;

4. a exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares;

5. a dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono das atividades de lazer, entre outros.

No entanto, algumas pesquisas realizadas no final da década de 1980, no contexto brasileiro, identificaram aspectos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores. Estes aspectos relacionam-se ao crescimento pessoal; aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios; melhora no relacionamento interpessoal, tanto com o idoso quanto com as outras pessoas; aumento do significado da vida; prazer; satisfação; retribuição; satisfação consigo próprio; e, bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido⁴⁵.

Isso pode ser reforçado também por Gonçalves et al⁴⁶, que pesquisou o perfil da família cuidadora de idoso doente/dependente nos contextos socioculturais de Florianópolis-SC e Passo Fundo-RS, com a aplicação do Questionário do Perfil do Familiar Cuidador³¹ (QPFC), e do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da organização Mundial da Saúde – Versão Brasileira-Abreviado³² (WHOQOL-BREF), da OMS (Organização Mundial da Saúde), e aponta que as diferentes circunstâncias do cuidado, impunham conseqüências negativas à vida e saúde do cuidador. Contudo, ao mesmo tempo os cuidadores manifestaram suas percepções e sentimentos positivos de sensação confortadora de dignificação de suas vidas, ao assumirem o papel de cuidador na família.

Apesar dos estudos mostrarem relações afetivas positivas no cuidar/cuidado do idoso, a problemática vivenciada pelos cuidadores revela a necessidade de incremento das modalidades de apoio aos cuidadores familiares, por meio dos programas de atendimento domiciliário, dos serviços de cuidador substituto, bem como dos serviços de informação, orientação, encaminhamento e apoio dos profissionais da área de saúde⁴⁷.

A questão do afastamento de gerações tem se intensificado nas últimas décadas, em função da rápida mudança de valores e transformações tecnológicas, que dificultam a comunicação e a identidade entre jovens e velhos. A experiência de vida dos mais velhos e a sabedoria acumulada, é um dos ganhos reconhecidos da maturidade, potencialmente enriquecedor do intercâmbio das gerações¹⁹. Na convivência familiar é comum a “falta de assunto, a falta de relação” intergeracional, favorecida, muitas vezes, pela mobilidade sociocultural, que distancia essas gerações, havendo conflitos e intolerâncias de ambas as partes. A falta de interação tende a repercutir, principalmente o isolamento e a privação das possibilidades de crescimento mútuo, e gratificação das relações entre as gerações^{10,17,28}.

A relação entre o idoso e o cuidador deveria ser de dupla via, onde prazeres e obrigações fossem mutuamente prestigiados e aprimorados com o tempo. Caso ocorra uma conscientização sobre o “relacionamento intergeracional” (onde os mais aptos terão cuidados com os mais dependentes, em ambos extremos da vida), estaremos nos preparando adequadamente para cada uma das fases que se intermediarão em nosso desenvolvimento. Tanto cuidar como ser cuidado esconde, em si, a nossa mais plena dimensão humana²⁸.

Deve-se considerar também, que os efeitos da perda da autoridade, que muitas vezes ocorre pela existência da doença, da pobreza e/ou fragilidade emocional, tende progressivamente limitar o espaço de domínio do idoso, perdendo-o para os mais jovens, justamente nas decisões de aspectos centrais de sua vida e de seus familiares^{10,17,48}.

O resgate de valores e condutas voltado à humanização tem sido discutido e incorporado nos diversos segmentos da sociedade. No Brasil, o setor saúde tem se mobilizado no sentido de atender os usuários de maneira mais humana e ética. Por outro lado, aquele que presta cuidado/zela pelo seu semelhante aqui denominado de “Cuidador”, raramente tem sido lembrado como sujeito primário, que necessita estar e sentir-se cuidado para que possa desempenhar o seu papel de maneira que visualize, compreenda e cuide, de forma humana e humanizadora. Humanização é parte inerente desses temas, e compreende o ato de “tornar humano, dar condição humana”⁴⁹.

É notável a dificuldade que, atualmente, as famílias passam para poderem “cuidar e/ou dar suporte” a seus idosos. Dificuldades de baixa renda, acesso aos serviços de saúde, ausência de Políticas Públicas igualitárias efetivas e eficazes aos idosos e suas famílias, demonstram que o Brasil ainda não está preparado para dar suporte ao envelhecimento⁵⁰. Nesta abordagem, o cuidado é visto como uma via de mão dupla, onde muitas vezes, não é somente o idoso que ganha com este cuidado, mas o cuidador se sente gratificado pelo seu trabalho. Um compreende o mundo do outro, ou, um interage com a vida do outro, desde que, a liberdade, o respeito e a singularidade estejam presentes neste processo.

O ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente é complexo e exige muito da pessoa que cuida. Pacheco⁴³ relata sua experiência com um grupo de pessoas que cuidam de idosos dependentes, ou que se preparavam para cuidar de idosos. Nas conclusões deste grupo, ficou claro que para eles não seria possível formular, ou descrever, as atividades de um cuidador de forma fechada, pois as necessidades e as realidades variam de pessoa para pessoa, de momento para momento, de ambiente para ambiente, passando pelas questões físicas, econômicas, sociais e psicológicas do cuidador e do idoso dependente. Cuidar de uma criança, apesar de dar um trabalho enorme aos pais, é visto como uma tarefa recompensadora, pois está contribuindo para o início de uma nova vida. Porém, quando

chegamos à situação de cuidar de idosos, a imagem se transforma e pode tomar configurações diversas²⁵.

Souza et al⁵¹ refere que o cuidar é a essência do viver humano; realizar o autocuidado é uma necessidade do indivíduo. O cuidado deve ser construído em um processo de interação interpessoal, pressupondo, co-participação de experiências e crescimento do esforço comum, em conhecer a realidade que se busca mudar, não permitindo uma relação de dominação e manipulação do que cuida sobre o que é cuidado. A construção do cuidado familiar depende de muitos fatores, desde a condição civil do idoso (casado, solteiro, vive só ou com familiares,...), passando pela questão financeira, cultural, religiosa, as relações e a qualidade do relacionamento entre as gerações no núcleo familiar^{36,37,51}.

O cuidado é uma dimensão ontológica sempre subjacente, a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz...; cuidado subministra preliminarmente o solo em que se move toda a interpretação do ser humano - Heidegger⁴².

Se quisermos entender o ser humano e suas ações, é necessário nos basearmos no cuidador, pois seus valores, atitudes e comportamentos no cotidiano expressam constantemente a preocupação com o cuidado¹. A dimensão ontológica descrita por Heidegger⁴⁴ está baseada, naquilo que entra na definição essencial do ser humano e que estrutura a sua própria prática. Sinaliza que o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação do ser humano. Se não nos basearmos no cuidado, não lograremos compreender o ser humano⁵³.

Muitos são os significados dados a “cuidado”. É visto como desvelo, solicitude, negligência, zelo, atenção, bom trato, atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro. A atitude de cuidado pode provocar preocupações, inquietações e sentido de responsabilidade⁵⁴. O cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma tonalidade diferente. Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, não é domínio sobre, mas de convivência, não é pura intervenção, mas interação e comunhão⁵³.

O cuidado é comum a todas as culturas, embora suas formas de expressão possam ser as mais variadas, se buscarmos um ponto comum a todas, verificaremos que parece ser a família, pois é ela quem essencialmente executa e se responsabiliza pelo cuidado¹. É uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano, no momento em que ele está fragilizado, é o compromisso de cuidar do outro que envolve também o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização e a cidadania do que cuida. Nesse sentido, quem cuida tem a possibilidade de um crescimento pessoal através desta prática, sendo assim, a singularidade pessoal, pode emergir da união de quem cuida com

quem está sendo cuidado, de forma que haja respeito à liberdade de ser de cada um. O cuidado entre duas pessoas transcende à mera ocupação^{1,49,51}.

O cuidado a idosos é um tema profundamente arraigado no espírito das culturas e dos indivíduos. Como questão ética, o que está em jogo é o bem de semelhante fragilizado e, mais do que a compaixão, o imperativo de retribuir aos “mais velhos” o que fizeram pelos descendentes. Ao cumprirem tais desígnios, os adultos e a sociedade atuam em favor da sua própria continuidade⁵⁵.

Santos¹ menciona que o cuidado tem um significado fundamental, porque é através dele que os idosos conseguem minimizar as perdas de sua capacidade funcional, e maximizar as suas potencialidades. A transferência do cuidado do campo familiar, e do reduto da esfera doméstica para o campo profissional e para as instituições, foi observada por muitas décadas. Nessa trajetória, o que se pode identificar, foi a posição secundária que a família ocupava na execução do cuidado, uma função de coadjuvante na prática das atividades do cuidado. A autora explicita também, a redescoberta da dimensão afetiva, da revalorização das relações domésticas, da aceitação dos limites de intervenção bio-tecnológica e profissional, especialmente nos casos de doenças crônico-degenerativas, valorizando o cuidado por pessoas com as quais mantém fortes vínculos afetivos, alianças e uma história em comum a compartilhar.

Nessa perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles, saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições, nas quais necessite de atenção ou cuidado diário¹.

Considerando o envelhecimento como um fenômeno comum a todos os seres vivos, começando esta com a concepção e terminando com a morte¹¹, torna-se difícil falar de cuidado e não mencionar, o repensar das práticas profissionais, em busca de um atendimento/acompanhamento mais adequado as necessidades humanas básicas das pessoas.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso⁶ reconhece a importância da parceria entre profissionais de saúde e pessoas que cuidam dos idosos, pois essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se àquelas relacionadas à promoção da saúde, a prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente, e do seu cuidador, evitando assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.

Os profissionais que militam no campo do envelhecimento, seja na geriatria ou da gerontologia, tem travado inúmeras batalhas na tentativa de resgatar o valor social do idoso e de seu cuidador principal, muitas vezes, os quais se encontram reduzidos como objetivo de cuidado, advindo e valorizado do conhecimento científico. A tradição e a sabedoria muitas vezes têm seu valor

diminuído frente à ciência. Reconhecer outras formas de conhecimento não significa uma ruptura com o conhecimento moderno, científico, e sim, a superação dessas diferenças através da solidariedade, sendo uma das formas, o cuidado com o outro.

O cuidado refere-se não somente a um conjunto de ações, e sim, a um conjunto de atitudes, tanto por parte de quem está sendo cuidado, como também, de quem está cuidando^{19,40}. O que se percebe atualmente, e isso também é reforçado por Caldas⁴⁰, é que nem sempre a ocupação de cuidar reflete um cuidado atento, carinhoso, preocupado com a dimensão afetiva e com a existência.

Na gerontologia existe um consenso de que o cuidado pode ser implementado tanto pela família, como pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Entretanto, cabe ressaltar a tipologia utilizada pelos profissionais para poder avaliar, adequar e implementar ações nesta área. Usa-se denominar de maneira diferente os cuidados, seguindo seus vínculos com a pessoa a quem dispensa o cuidado. Dessa forma, por cuidadores formais, compreendem-se todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviços. Cuidadores informais são os familiares e demais atores do grupo doméstico, podendo-se ainda, incluir amigos, vizinhos, membros da igreja ou grupo de voluntários entre outros elementos da comunidade¹.

É possível encontrar na literatura outras denominações e divisões para os cuidadores. Cuidadores primários ou principais são, todos aqueles que assumem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar e acompanhar diretamente a pessoa idosa, ou seja, aqueles que realizam a maior parte das tarefas. Cuidadores secundários são representados por outros elementos que podem desempenhar o mesmo tipo de tarefa dos cuidadores primários, mas que, não têm o mesmo grau de envolvimento e responsabilidade pelo cuidado. Podem eventualmente substituir o cuidador primário ou socorrê-lo em situações de emergências. Cuidadores terciários são aquelas pessoas que auxiliam, esporadicamente ou quando solicitadas, no desenvolvimento de atividades instrumentais da vida diária mais relacionada a tarefas especializadas. Eles não têm responsabilidade com o cuidado e podem substituir o cuidador primário em situações excepcionais. Algumas vezes ainda, nos deparamos com outras caracterizações dos cuidadores informais, segundo o seu envolvimento ou perfil perante as responsabilidades e as tarefas do cuidar, podendo ser considerado como o cuidador sabotador, o cuidador vítima, o cuidador gerente ou administrador, o cuidador maternal, o cuidador fugitivo ou que se esquivava e o cuidador idoso¹.

Os idosos também estão sob a responsabilidade do estado, portanto, sob responsabilidade de todos os profissionais da saúde, inclusive da enfermagem, e não só das famílias e das instituições asilares. Diante disso, pode-se pensar que o cuidar é de responsabilidade de todos, mas, sob o ponto de vista da enfermagem, o cuidado envolve saberes não só teóricos, mas também da essência humana: sobre biologia e os instrumentos que os fazem viver e morrer; o corpo que envelhece; as necessidades

e os desejos do idoso; desvios de saúde; promoção da saúde; o ambiente onde ele está; o lazer; sua espiritualidade e sua família⁵⁶.

Trata-se de uma enfermagem que mergulha no processo de envelhecimento, que se identifica com ele e é capaz de conviver com essa realidade de maneira natural, mesmo que não seja um caminho fácil de ser percorrido. A enfermagem, ao criar programas para ações de cuidar, deve-se atentar aos aspectos mais visíveis do envelhecimento, como também aos desafios psicológicos, econômicos e políticos que envolvem essa etapa da vida. Mesmo que haja inúmeras dificuldades ou condições inadequadas de trabalho na prática da enfermagem, o compromisso é de nunca colocar a vida do outro em risco⁵⁶.

O cuidado de enfermagem em parceria com a família é crucial. Para garantir uma atenção integral ao idoso, seus familiares precisam participar de todo o processo assistencial, desde o momento da identificação das necessidades, até a execução dos cuidados. Para isso, os familiares devem ser considerados clientes da enfermagem, e como tal serem ouvidos, e detectadas suas necessidades e, a partir deste diagnóstico, receber atenção. Portanto, em todos os níveis, a assistência deve ser planejada com a participação do próprio idoso e sua família, garantindo o esclarecimento sobre o processo de envelhecimento e suas limitações, visando o aprimoramento dos cuidados individuais para reduzir, na medida do possível, o seu grau de dependência⁵⁷.

Sendo assim, a família cuidadora deve ser vista como um cliente do serviço de saúde, um parceiro do cuidado, recebendo orientações direcionadas que possibilitem um cuidado adequado e equilibrado ao idoso. Incluindo, também, medidas preventivas, para evitar a dependência precoce dos demais idosos da comunidade, em geral⁹.

O entendimento do papel do “cuidador” e sua vinculação aos serviços de saúde possibilitam uma reflexão a cerca da capacidade do indivíduo em desenvolver ações de ajuda/auxílio ao idoso, e se estas ações são favorecedoras ou prejudiciais ao bem estar físico e mental do idoso⁵¹.

4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

Traçar o perfil do cuidador informal de idosos, segundo as características sócio-econômicas, demográficas, de saúde e de qualidade de vida no município de Veranópolis-RS.

4.2. ESPECÍFICOS

4.2.1. Principais

Descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde do cuidador informal de idosos.

Verificar se a qualidade de vida do cuidador informal de idosos é diferente de controles da mesma faixa etária, sexo e escolaridade.

4.2.2. Secundários

Descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos, comparando os que necessitam de cuidador com os que não necessitam de cuidador no município de Veranópolis-RS.

5. MÉTODO

5.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, realizado a partir de um corte transversal, em uma amostra de base populacional.

5.2 POPULAÇÃO

5.2.1. Local de Estudo

O local do estudo foi o Município de Veranópolis- RS. O Censo demográfico de 2000⁵⁸ revelou que a população residente no município era de 19.466 habitantes, sendo que destes, 9.454 eram homens e 10.012 eram mulheres. A população urbana era de 16.020 habitantes e a rural 3.446 habitantes. Na divisão da população por faixa etária, verificou-se que 2.460 tinham idades \geq a 60 anos, sendo que destes, 692 habitantes estariam entre 60-64 anos (3,2%), 596 de 65-69 anos (2,8%), 509 de 70-74 anos (2,4%), 336 de 75-79 anos (1,6%), e 327 de 80 anos e mais (1,5%).

Os dados do IBGE⁵⁹ sobre a contagem das populações de 2007, demonstrou um crescimento no número de habitantes, passando de 19.466 (em 2000) para 23.904 habitantes em 2007. A população com idades \geq a 60 anos, passou de 2.460 para 3.220 respectivamente.

A expectativa de vida ao nascer, segundos dados do IBGE em 2000 era de 75,51 anos e foi considerada a partir da década de 90, por técnicos da Organização Mundial de Saúde, como CIDADE DA LONGEVIDADE, com uma expectativa de vida de 77,7 anos, quando a média nacional era de 67,6 anos^{58,60}.

5.2.2. População Estudada

Residentes do município de Veranópolis-RS, cadastrados na Unidade Básica de Saúde Central e na Unidade Básica de Saúde da Família do Município para o Programa Nacional de Imunização contra o Influenza nos anos de 2006 e 2007. Utilizando este banco de dados, que contém aproximadamente 95% da população do município, foram sorteados 150 idosos. Dos idosos estudados que necessitavam de cuidador, foram estudados os cuidadores e um grupo de comparação com distribuição semelhante de idade, sexo e nível sócio-econômico.

5.2.3. Cálculo do Tamanho Amostral:

Foi feito cálculo do tamanho para o primeiro objetivo que é analítico, levando-se em consideração que aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos idosos necessitam de cuidador. Foi considerado, portanto as proporções de 1:2 entre os grupos, um erro alfa de 0,05 e um poder de estudo de 90%. Para mostrar uma diferença de média igual a 0,6 desvios padrões é necessário um total de 135 idosos (45 com cuidadores e 90 sem cuidadores). Considerando possíveis perdas, decidiu-se estudar 150 idosos.

5.2.4. Critérios de inclusão

- idade \geq 60 anos
- residente no Município de Veranópolis-RS
- cadastrado na Unidade Básica de Saúde Central e na Unidade Básica de Saúde da Família do Município para o Programa Nacional de Imunização contra o *vírus Influenza* nos anos de 2006 e 2007.

5.2.5. Critérios de exclusão

- Não concordar em participar do estudo, não ter condições de responder os instrumentos (deficiência cognitiva acentuada, surdez acentuada).

5.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em 3 momentos:

1º momento: Organização do Banco de Dados para a seleção da amostra.

O banco de dados foi organizado, utilizando o cadastro de idosos existente na Secretaria Municipal de Saúde de Veranópolis (através de suas Unidades Básicas de Saúde Central e Saúde da Família), para o Programa Nacional de Imunização contra o *vírus Influenza* nos anos de 2006 e 2007. Utilizou-se os “espelhos” do cartão de vacinação dos idosos, por conterem todas as informações necessárias.

Os dados foram digitados no programa Access, o que possibilitou selecionar uma amostra aleatória de 150 idosos.

Durante a coleta dos dados aos idosos selecionados, foram identificados os que independente dos motivos, necessitavam do apoio do cuidador informal. Esse cuidador identificado compôs a amostra de cuidadores informal desse estudo.

2º momento: Aplicação do Questionário Multidimensional das condições de vida dos idosos no RS - (Anexo A), aos 150 idosos selecionados aleatoriamente para compor o perfil do idoso do município. Trata-se de uma entrevista estruturada, composta por questões fechadas, agrupadas em blocos temáticos que abordam os dados gerais do idoso, qualificação da moradia e infra-estrutura, composição familiar e relações sociais, ocupação, renda, aspectos sócio-culturais, envelhecimento, sexualidade, saúde, vida de relação e atividades de vida diária - fumo e álcool e a área psicogeriatrica.

Na existência de um cuidador informal foi aplicado o instrumento QPFC- Questionário do perfil do familiar cuidador⁶¹ (Anexo B).

3º momento: Aplicação dos instrumentos QPFC ao cuidador principal e o WHOQOL-BREF⁶² (Anexo C), ao grupo controle.

O QPFC foi aplicado para compor o perfil do cuidador. Desse instrumento, foram aplicadas as partes I e III. A parte I diz respeito ao perfil do cuidador principal do idoso, destacando as variáveis sócio-demográficas, o estado de saúde e a qualidade de vida; a parte III refere-se ao processo do cuidado, com identificação do contexto da relação do cuidador com a pessoa idosa cuidada. Para avaliar a qualidade de vida do cuidador, o instrumento tem adicionado o WHOQOL-BREF, o qual também foi aplicado.

O QPFC foi elaborado pela equipe de pesquisa do Grupo de Estudos de Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI)⁶³ e submetido a testes em diferentes contextos de aplicação.

O grupo controle foi composto por familiares dos idosos que não necessitavam de cuidadores, pareando as características de sexo, idade, escolaridade, porém, não exercendo a atividade de cuidador. A este grupo foi aplicado o instrumento WHOQOL-BREF, objetivando avaliar a qualidade de vida de pessoas que não realizam essa atividade.

5.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos foram digitados no Access e analisados com a utilização do programa SPSS, versão 11,5, autorizada pela PUCRS.

As variáveis quantitativas foram descritas em função de sua mediana, média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram descritas por frequências.

Os grupos de idosos com e sem cuidador foram comparados utilizando-se o teste do qui-quadrado. A qualidade de vida do cuidador foi comparada com os controles utilizando o teste t de Student para amostras pareadas. O nível de significância foi definido como $\alpha=0,05$.

5.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os princípios éticos apontados pelas Diretrizes Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a resolução 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de saúde⁶⁴ foram respeitados, procurando proteger os direitos dos indivíduos envolvidos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado a Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG-PUCRS) e ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para aprovação (Anexo D).

Foi solicitado junto à Secretaria Municipal da Saúde de Veranópolis, (Apêndice A e B) autorização para coleta dos dados que originaram o banco de dados para a seleção da amostra.

Cada participante, tanto o idoso quanto seu cuidador, e o grupo controle no momento da coleta de dados, receberam um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), que estabelece sua participação no estudo.

6. RESULTADOS

Foram estudados 145 idosos com idades entre 60 e 93 anos com média de 73,8, desvio padrão de 8,4 e mediana de 72 anos; os quais foram divididos, considerando a variável “presença de cuidador”. As características dos idosos que necessitavam de cuidador foram comparadas aos idosos que não necessitavam.

A distribuição dos dados demográficos da população de idosos estudada é observada na tabela 1. O grupo pesquisado foi dividido em idosos com cuidador 32,4%, e idosos sem cuidador 67,6%. Do grupo total, 62,1% eram do sexo feminino e 37,9% do sexo masculino; 95,2% definem-se da cor branca; 82,1% são casados, observando-se minimamente a presença do idoso solteiro (1,4%). No grupo de idoso com a presença do cuidador é possível observar que a prevalência de mulheres mantém-se com 63,8%, estado civil casado caiu para 63,8%, porém seguida pela situação de viuvez que aumentou para 31,9%. O estado civil apresentou distribuição diferente nos dois grupos pesquisados ($P<0,001$).

A faixa etária predominante de idosos com cuidador foi acima de 80 anos (figura 1), perfazendo um total de 59,6%, enquanto que nos idosos sem cuidadores, essa mesma faixa etária representou somente 11,2%. Nos idosos sem cuidador a concentração etária estabeleceu-se mais evidente dos 65 aos 74 anos. Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a presença de cuidador e a faixa etária ($P<0,001$).

O nível de escolaridade apresentou-se baixo neste estudo, não se diferenciando entre o grupo com cuidadores e o grupo sem cuidadores, tendo 65,5% dos idosos pesquisados com o 1º grau incompleto, seguido por 24,8% de idosos que nunca estudaram (tabela 1).

Em relação à última renda pessoal, ambos os grupos de idosos (com cuidadores e sem cuidadores) apresentaram maiores ganhos de até 3 salários mínimos (74,6%), com maior ênfase em até 1 salário mínimo (47,1%). A renda familiar mantém os padrões da renda pessoal, com mais evidência em ambos os grupos o ganho de até 3 salários mínimos (42,1%), seguido por 1 salário mínimo (28,1%).

Considerando a principal despesa do total de idosos estudados, é possível observar maior gasto voltado para a saúde (33,6%) e para a habitação (33,6%). Os idosos que necessitam de cuidadores apresentam os maiores gastos voltados para a manutenção da saúde (57,4%) e na compra de medicamentos (29,8%), não apresentando gastos com a habitação (0,0%). Entretanto, os idosos sem cuidadores têm como principal despesa os gastos com habitação (50,5%), seguido pelos gastos com a saúde (21,5%), sendo estas diferenças estatisticamente significantes ($P<0,001$). Houve uma diferença na principal fonte de renda porque o grupo com cuidadores não tem renda por serviços

eventuais ou salário, que representa a principal fonte de renda em 13,3% nos idosos sem cuidadores (P=0,004).

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas e sócio-econômicas em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade \geq 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.

VARIÁVEL	Idosos com cuidador N (%)	Idosos sem cuidador N (%)	P	Total N (%)
Sexo				
Masculino	17 (36,2)	38(38,8)	0,762	55 (37,9)
Feminino	30 (63,8)	60 (61,2)		90 (62,1)
Cor				
Branca	43 (91,5)	95 (96,9)		138 (95,2)
Preta	2 (4,3)	0 (0,0)	0,111	2 (1,4)
Parda	2 (4,3)	3 (3,1)		5 (3,4)
Estado Civil				
Solteiro(a)	2 (4,3)	0 (0,0)		2 (1,4)
Casado(a)	30 (63,8)	89 (90,8)	<0,001	119 (82,1)
Viúvo(a)	15 (31,9)	9 (9,2)		24 (16,6)
Faixa Etária				
60-64	1 (2,1)	16 (16,3)		17 (11,7)
65-69	4 (8,5)	34 (34,7)		38 (26,2)
70-74	6 (12,8)	25 (25,5)		31 (21,4)
75-79	8 (17,0)	12 (12,2)	<0,001	20 (13,8)
80-84	14 (29,8)	9 (9,2)		23 (15,9)
85 ou +	14 (29,8)	2 (2,0)		16 (11,0)
Escolaridade				
Nunca estudou	10(21,3)	26(26,5)		36 (24,8)
1º Grau incompleto	29 (61,7)	66 (67,3)		95 (65,5)
1º Grau	3 (6,4)	4 (4,1)	0,177	7 (4,8)
2º Grau	4 (8,5)	1 (1,0)		5 (3,4)
Superior	1 (2,1)	1 (1,0)		2 (1,4)
Última Renda Pessoal				
Sem renda própria	4 (9,5)	7 (7,3)		11 (8,0)
Até 1 salário mínimo	18 (42,9)	47 (49,0)		65 (47,1)
Até 3 salários mínimos	13 (31,0)	25 (26,1)	0,531	38 (27,5)
Até 6 salários mínimos	2 (4,8)	11 (11,5)		13 (9,3)
Mais de 6 salários mínimos	5 (11,9)	6 (6,2)		11 (7,9)

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas e sócio-econômicas em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade (continuação).

VARIÁVEL	Idosos com cuidador N (%)	Idosos sem cuidador N (%)	P	Total N (%)
Última Renda Familiar				
Até 1 salário mínimo	11 (31,4)	23 (26,7)	0,690	34 (28,1)
Até 3 salários mínimos	16 (45,8)	35 (40,7)		51 (42,1)
Até 6 salários mínimos	5 (14,3)	17 (19,8)		22 (18,2)
Mais de 6 salários mínimos	3 (8,6)	11 (12,8)		14 (11,6)
Principal despesa				
Saúde	27 (57,4)	20 (21,5)	<0,001	47 (33,6)
Habitação	0 (0,0)	47 (50,5)		47 (33,6)
Ajuda Familiar	0 (0,0)	6 (6,5)		6 (4,3)
Remédios	14 (29,8)	7 (7,5)		21 (15,0)
Vestuário	0 (0,0)	5 (5,4)		5 (3,6)
Outros	6 (12,8)	8 (8,6)		14 (10,0)
Principal fonte de renda pessoal				
Aposentadoria/pensão	36 (76,6)	78 (79,6)	0,004	114 (78,6)
Serviços eventuais	0 (0,0)	10 (10,2)		10 (6,9)
Salário	0 (0,0)	3 (3,1)		3 (2,1)
Aluguel	3 (6,4)	0 (0,0)		3 (2,1)
Outros	8 (17,0)	7 (7,1)		15 (10,3)
Total	47	98		

As relações familiares das categorias de idosos com e sem cuidadores estão descritas na tabela 2. É possível perceber que os idosos em geral convivem mais na companhia de cônjuge/companheiro/filhos/netos (44,8%). Os idosos que necessitam de cuidadores não vivem sozinhos (0,0%), e 19,1% residem com pessoas sem laços de parentescos. Os idosos que não necessitam de cuidadores, diferenciam-se nesta situação por residirem sozinhos (27,1%). As respostas relacionadas com quem residem mostraram uma associação significativa com o fato de ter ou não cuidador, com $P < 0,001$. Em relação ao nº de filhos que tiveram, a pesquisa demonstrou uma constituição familiar (pais e filhos) grande, onde as evidências mostraram famílias apresentando três ou mais filhos (64,2%). As relações familiares apresentam-se satisfatórias para 95,8% dos pesquisados, não havendo diferença entre os dois grupos.

Todos os idosos com cuidadores recebem algum tipo de ajuda. Pode ser percebido que os maiores índices advêm de ajuda voltada aos cuidados pessoais (100%), para a aquisição de remédios (89,4%) e para a manutenção da saúde (40,4%). Para todas as ajudas observamos frequências estatisticamente diferentes entre os grupos ($P < 0,05$), exceto para habitação ($P = 0,064$).

Figura 1. Distribuição da faixa etária (em anos) em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, 47 que necessitam de cuidador e 98 que não têm essa necessidade.

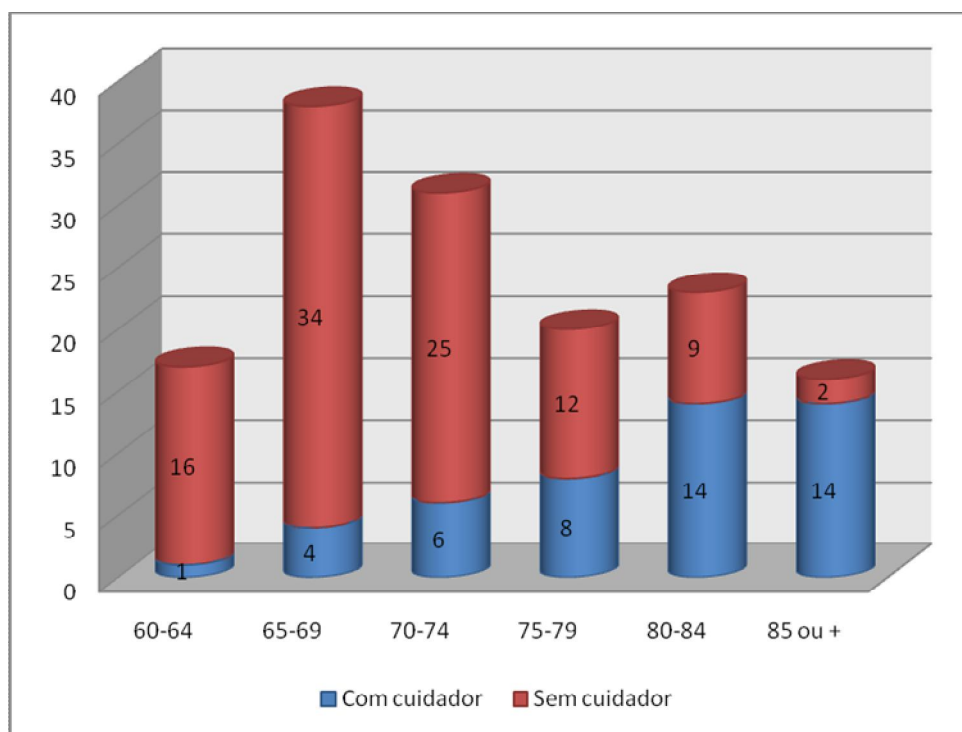


Tabela 2. Distribuição das variáveis referentes às relações familiares e ajuda recebida, em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.

VARIÁVEL	Idosos com cuidador N (%)	Idosos sem cuidador N (%)	P	Total N (%)
Reside com				
Sozinho	0 (0,0)	26 (27,1)		26(18,2)
Com cônjuge/companheiro	31(66,0)	33 (34,4)		64 (44,8)
Com filho(s) ou neto(s)	4 (8,5)	22 (22,9)	<0,001	26(18,2)
Com outros parentes (irmãos,tios, sobrinhos)	3 (6,4)	10 (10,4)		13 (9,1)
Com pessoas não parentes	9 (19,1)	5 (5,2)		14 (9,9)
Nº de filhos que teve				
não tem filhos	2(4,3)	9(9,2)		11(7,6)
1 – 2 filhos	13(27,7)	28(28,6)	0,200	41(28,3)
3 – 5 filhos	19(40,4)	42(42,8)		61(42,1)
seis ou mais filhos	13(27,7)	19(19,4)		32(22,1)
Relações Familiares				
Satisfatórias	46 (97,9)	90 (94,7)		136 (95,8)
Insatisfatórias	1 (2,1)	4 (4,2)	0,633	5 (3,5)
Não Mantém relações familiares	0 (0,0)	1 (1,1)		1 (0,7)
Ajuda recebida				
Não recebe ajuda	0 (0,0)	97 (99,0)	<0.001	97 (66,9)
Ajuda Financeira	16 (34,0)	0 (0,0)	<0.001	16 (11,0)
Ajuda para o vestuário	4 (8,5)	0 (0,0)	0,010	4 (2,8)
Ajuda para a saúde	19 (40,4)	0 (0,0)	<0.001	19 (40,4)
Ajuda para a habitação	3 (6,4)	1 (1,0)	0,065	4 (2,8)
Ajuda para a alimentação	2 (4,3)	0 (0,0)	0,040	2 (1,4)
Ajuda para remédios	42 (89,4)	0 (0,0)	<0.001	42 (29,0)
Ajuda para cuidados pessoais	47 (100,0)	1 (1,0)	<0.001	48 (33,1)
Total	47	98		145

Considerando as informações relacionadas direta ou indiretamente com a condição de saúde, pode-se verificar pela tabela 3 que 53,1% dos idosos pesquisados caracterizam sua saúde como sendo regular. Os idosos que necessitam de cuidador caracterizam sua saúde como sendo má em 23,4% das vezes e péssima em 17% dos casos, não havendo inferências às condições ótima e boa, diferente das respostas dadas pelos idosos que não necessitam de cuidadores. A condição de ter um cuidador está relacionada com uma percepção de saúde pior ($P < 0,001$).

É possível verificar também que 85,5% dos idosos em geral realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 6 meses anteriores a realização desta pesquisa, 100% daqueles que tinha

cuidador e 78,6% dos que não tinham ($P<0,001$). Todos os idosos com cuidador indicaram internação hospitalar no último ano, 66% deles internou apenas uma vez e 34,0% referiram mais que uma internação. Os idosos sem cuidador apresentaram um índice de internações de apenas 16,3% no mesmo período ($P<0,001$). A prática de atividade física regular nos últimos 3 meses é nula no grupo de idosos que tem cuidadores e para 61,9% dos idosos que não necessitam de cuidador ($P<0,001$).

A situação atual de visão é referida como regular por 40,7% dos idosos, como boa/excelente por 34,4% e péssima/ruim por 24,9%, não havendo diferença significativa entre os grupos ($P=0,278$). Quanto a situação atual da audição, 48,9% dos idosos com cuidador refere ouvir com dificuldade mínima e 31,9% ouvem com muita dificuldade. Somente 19,1% destes negam dificuldade para ouvir, sendo que no grupo sem cuidador, 63,3% não apresentam dificuldade auditiva ($P<0,001$). Em relação à mastigação, 62,2% do grupo total pesquisado nega dificuldade, com uma tendência ($P=0,060$) a ser maior entre os idosos com cuidador (50%).

A dificuldade para a movimentação aparece caracterizada distintamente entre os dois grupos. Todos os idosos sem cuidadores caminham sem necessidade de auxílio, enquanto que 63,9% dos idosos com cuidadores movimentam-se com auxílio e 14,9% estão restrito ao leito ou cadeira ($P<0,001$). O controle da urina e fezes é feito normalmente por 80,6% dos pesquisados, havendo diferença ($P<0,001$) entre os idosos com (54,3%) e sem cuidador (92,9%).

A necessidade de auxílio para atividades de vida diária, como cuidados de casa, tomar medicamentos, higiene, alimentação e movimentação apresentaram maiores frequências ($P<0,001$) no grupo de idosos que tem cuidadores (continuação da tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das variáveis relacionadas à saúde em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.

VARIÁVEL	Idosos com cuidador N (%)	Idosos sem cuidador N (%)	P	Total N (%)
Sua Saúde é				
ótima	0 (0,0)	6 (6,1)		6 (4,1)
boa	0 (0,0)	32 (32,7)		32 (22,1)
regular	28 (59,6)	49 (50,0)	<0,001	77 (53,1)
má	11 (23,4)	3 (3,1)		14 (9,7)
péssima	8 (17,0)	8 (8,2)		16 (11,0)
Consultou nos últimos 6 meses				
Sim	47 (100,0)	77 (78,6)	<0,001	124 (85,5)
Não	0 (0,0)	21 (21,4)		21 (14,5)
Internação no último ano				
Sim, uma vez	31 (66,0)	13 (13,3)		44 (30,3)
Mais de uma vez	16 (34,0)	3(3,0)	<0,001	19(13,1)
Não	0 (0,0)	82 (83,7)		82 (56,6)
Prática de atividade física regular nos últimos 3 meses				
Sim, uma vez/semana				
Sim, mais de uma vezes/semana	0 (0,0)	5 (5,2)		5(3,5)
Não	0 (0,0)	32(33,0)	<0,001	32(22,2)
	47 (100,0)	60 (61,9)		107(74,3)
Situação atual de visão				
Péssima/ Ruim	16(34,0)	20 (20,4)		36(24,9)
Regular	18(38,3)	41(41,8)	0,278	59(40,7)
Boa/ Excelente	13(27,6)	37(37,8)		50(34,4)
Situação atual de audição				
Ouve com muita dificuldade	15(31,9)	20 (20,4)		35 (24,1)
Ouve com alguma dificuldade (mínima)	23(48,9)	16 (16,3)	<0,001	39 (26,9)
Sem problemas	9 (19,1)	62 (63,3)		71 (49,0)
Dificuldade para mastigar				
Não	23 (50,0)	66 (68,0)	0,060	89 (62,2)
Sim	23 (50,0)	37 (31,9)		54 (37,8)
Dificuldade para movimentação				
Não, movimenta-se só/sem auxílio	10 (21,3)	98 (100,0)		108 (74,5%)
Movimenta-se com auxílio	30 (63,9)	0 (0,0)	<0,001	30 (20,8)
Restrito ao leito ou a cadeira	7 (14,9)	0 (0,0)		7 (4,8)
Controle da urina e fezes				
Controla normalmente	25 (54,3)	91 (92,9)	<0,001	116 (80,6)
Não controla	21 (45,7)	7 (7,1)		28 (19,5)

Tabela 3. Distribuição das variáveis relacionadas à saúde em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade (continuação).

VARIÁVEL	Idosos com cuidador N (%)	Idosos sem cuidador N (%)	P	Total N (%)
Necessidade de auxílio para atividades de casa				
Sim	47 (100,0)	21 (21,6)	<0,001	68 (47,2)
Não	0 (0,0)	76 (78,4)		76 (52,8)
Necessidade de auxílio para tomar remédio				
Sim	46 (97,9)	0 (0,0)	<0,001	46 (31,7)
Não	1 (2,1)	98 (100,0)		99 (68,3)
Necessidade de auxílio para a higiene				
Sim	46 (97,9)	0 (0,0)	<0,001	46 (31,7)
Não	1 (2,1)	98 (100,0)		99 (68,3)
Necessidade de auxílio para a alimentar-se				
Sim	46 (97,9)	0 (0,0)	<0,001	46 (31,7)
Não	1 (2,1)	98 (100,0)		99 (68,3)
Necessidade de auxílio para movimentar-se				
Sim	47 (100,0)	0 (0,0)	<0,001	47 (32,4)
Não	0 (0,0)	98 (100,0)		98 (67,6)
Total	47	98		145

A tabela 4 apresenta a relação dos problemas de saúde ou doenças que os idosos referiram tratamento nos últimos 6 meses. Pode-se verificar que a condição mais freqüente entre os idosos com cuidadores e idosos sem cuidadores foi a pressão alta (55,9%), seguida por problemas de coluna (42,1%) e reumatismo (40,7%). Pressão alta, diabetes e problema de pele foram os problemas de saúde que mostraram diferença significativa entre os grupos de idosos com e sem cuidador ($P < 0,05$).

Tabela 4. Frequência de tratamentos de saúde nos últimos seis meses em uma amostra aleatória de 145 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Veranópolis-RS, comparando os que necessitam de cuidador com os que não têm essa necessidade.

VARIÁVEL	Idosos com cuidador N (%)	Idosos sem cuidador N (%)	P	Total N (%)
Reumatismo				
Sim	21 (44,7)	38 (38,8)	0,644	59 (40,7)
Não	26 (55,3)	59 (61,2)		85 (59,3)
Bronquite com tosse e expectoração				
Sim	17 (36,2)	23 (23,5)	0,156	40 (27,6)
Não	30 (63,8)	75 (76,6)		105 (72,4)
Pressão alta				
Sim	38 (80,9)	43 (43,9)	<0,001	81 (55,9)
Não	9 (19,1)	55 (56,2)		64 (44,2)
Problemas de coração (angina, isquemia, infarto)				
Sim	18 (38,30)	28 (28,9)	0,194	46 (32,0)
Não	29 (61,7)	69 (71,2)		98 (68,1)
Diabetes Mellitus				
Sim	30 (63,80)	16 (16,3)	<0,001	46 (31,7)
Não	17 (36,2)	82 (83,7)		94 (68,2)
Isquemia Cerebral				
Sim	6 (12,8)	3 (3,1)	0,064	9 (6,2)
Não	41 (87,2)	95 (96,9)		136 (93,8)
Problemas de pele				
Sim	19 (40,4)	14 (14,3)	0,002	33 (22,8)
Não	28 (59,6)	84 (81,7)		112 (77,3)
Problemas de coluna				
Sim	24 (51,1)	37 (37,8)	0,093	61 (42,1)
Não	23 (48,9)	61 (62,2)		84 (57,9)
Pneumonia				
Sim	7 (14,9)	7(7,1)	0,110	14 (9,7)
Não	40 (82,1)	91 (92,9)		131 (90,4)
Doença renal				
Sim	4 (9,1)	8 (8,3)	0,709	12 (8,5)
Não	40 (90,9)	89 (91,8)		129 (91,5)
Total	47	98		145

As tabelas que seguem, apresentam características necessárias para compor o perfil do cuidador informal deste estudo. A tabela 5 apresenta o perfil do cuidador principal do idoso caracterizado por ser do sexo feminino (93,6), com estado civil casado (95,7), com uma média de 2,6 filhos, católicos (97,9%) e praticantes da sua religião (100%).

A faixa etária do cuidador (Figura 2) mostra uma maior frequência dos 41 aos 50 anos (38,3%), seguida pelas faixas 31 a 40 anos e 51 a 60 anos com 19,1% cada (média de 49,6, desvio padrão de 11,5 e medianas de 47 anos). É possível perceber também que 21,2% dos pesquisados apresentam idade superior a 60 anos, semelhante à idade dos idosos cuidados.

A escolaridade caracteriza-se por ser de nível médio (48,9%), seguida por grau superior (23,4%). A função de cuidador está associada a outra atividade laboral em 68 % dos pesquisados, com uma carga horária de 31 a 40h semanais, na qual utiliza o turno diurno para executá-la (90,6%).

O parentesco do idoso com o seu cuidador mostra que estes são filhas em 74,5% dos casos e cônjuge/companheira(o) em 10,6%. Somente 34% dos idosos residem diretamente com o seu cuidador.

Em relação às condições de saúde do cuidador de idoso, é possível verificar, pela tabela 6, que 51,1% definem sua saúde como boa e 38,3% a definem como regular. Em comparação aos últimos 5 anos, os cuidadores principais relatam que sua saúde manteve-se a “mesma coisa” para 85,1%. Porém é possível perceber que 55,3% referem problemas de saúde os quais estão sendo tratados, dentre eles, destaca-se a hipertensão (16,6%), a depressão (13,8%) e os problemas de coração (13,8%).

Tabela 5. Distribuição das variáveis demográficas e sócio-econômicas em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Sexo		
Feminino	44	93,6
Masculino	3	6,4
Faixa etária		
21-30	1	2,1
31-40	9	19,1
41-50	18	38,3
51-60	9	19,1
61-70	8	17,0
71-80	1	2,1
81-90	1	2,1
Estado Conjugal		
Casado	45	95,7
Viúvo	1	2,1
Divorciado	1	2,1
Religião		
Católica	46	97,9
Evangélico	1	2,1
Praticante de sua religião		
Sim	47	100
Não	0	0,0
Escolaridade		
Nunca estudou	0	0,0
1º Grau incompleto	3	6,4
1º Grau completo	1	2,1
2º Grau incompleto	9	19,1
2º Grau Completo	23	48,9
Superior incompleto	0	0,0
Superior completo	11	23,4
Trabalha fora atualmente		
Sim	32	68,0
Não	5	10,6
Aposentado/pensionista	10	21,2
Quantas horas Semanais trabalha		
Não trabalha	15	31,9
Até 20 horas semanais	4	8,5
21 a 30 horas semanais	4	8,5
31 ou mais horas semanais	24	51,1

Tabela 5. Distribuição das variáveis demográficas e sócio-econômicas em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS (continuação).

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Turno de trabalho		
Diurno	29	90,6
Noturno	2	6,25
Outro	1	3,1
O cuidador mora com o idoso		
Sim	16	34
Não	31	66
Parentesco do cuidador com o idoso		
Cônjuge/companheira(o)	5	10,6
Filha	35	74,5
Filho	2	4,3
Irmã(o)	1	2,1
Outro	4	8,5

Figura 2. Distribuição das faixas etárias em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.

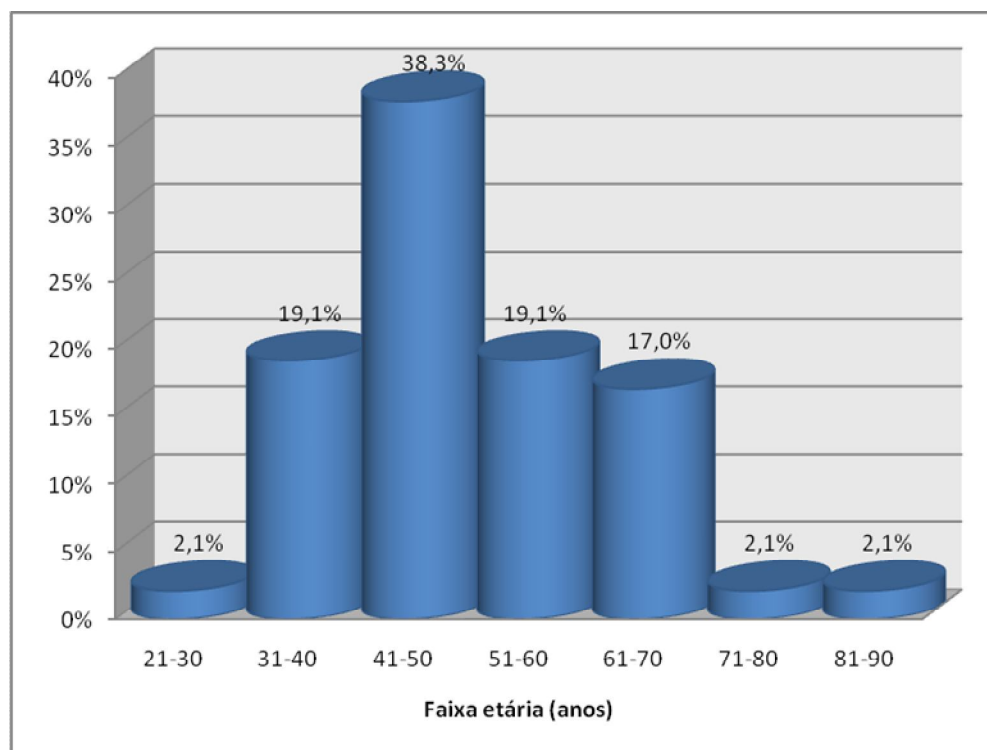


Tabela 6. Distribuição das variáveis de saúde em 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Estado de saúde		
Boa	24	51,1
Regular	18	38,3
Ruim	5	10,6
Em comparação aos últimos 5 anos, como esta a saúde		
Melhor	4	8,5
Mesma coisa	40	85,1
Pior	3	6,4
Problemas de saúde atual		
Sim	26	55,3
Não	21	44,7
Identificação das doenças atuais		
Hipertensão	6	16,6
Depressão	5	13,8
Problemas de coração	5	13,8
Colesterol	3	8,3
Reumatismo	3	8,3
Problemas de coluna	2	5,5
Diabete	1	2,7
Diabete tipo 1	1	2,7
HPV	1	2,7
Insuficiência Renal	1	2,7
Nódulo mamário	1	2,7
Obesidade	1	2,7
Tendinite	1	2,7
Úlcera Nervosa	1	2,7
Varizes MMII	1	2,7
Tireóide	1	2,7
Triglicérides	1	2,7
Visão	1	2,7

A tabela 7 apresenta as respostas em relação ao processo do cuidado. A ajuda prestada ao idoso resume-se na sua maioria por cuidados pessoais (91,5%), nas tarefas domésticas (100%) e na administração financeira (100%).

Os cuidados pessoais aqui abordados estão voltados no auxílio ao banho, no vestir a roupa, no alimentar-se, no caminhar, acomodar-se na cama. As tarefas domésticas referem-se a cozinhar, lavar, passar, fazer faxina, fazer compras, entre outras. O auxílio na administração financeira volta-se

ao pagamento de contas, realização de compras, sair com o idoso para distraí-lo, passar o fim de semana juntos, acompanhar para ir ao médico, entre outras.

A dedicação do cuidado por este cuidador ocorre de modo permanente por 80,9%, sendo também apoiado por outros familiares em 72,3% dos pesquisados. A presença de pessoas contratadas para dar suporte neste cuidado ocorre em 27,7% das vezes. Em 10,6% dos cuidadores pesquisados, estes conciliam o cuidado do idoso em questão com outras pessoas dependentes em sua família.

Em relação à colaboração de outros familiares na prestação do cuidado ao idoso pode-se perceber que em 57,4% das vezes o cuidador principal recebe a ajuda do cônjuge do idoso cuidado. Em 12,8% das vezes o cônjuge do cuidador é quem apóia este cuidado. Percebe-se também a presença do filho/filha do cuidador (8,5% cada), porém surgiu a presença do irmão do idoso (4,3%) e outros familiares de mesma geração do idoso (4,3%) também como participantes deste cuidado.

Pode-se perceber que o cuidador principal vem prestando este cuidado a longo tempo: 34% há mais de 10 anos. Somente 17% dos pesquisados prestam esse atendimento de forma recente (há menos de um ano). A média de tempo dedicado aos cuidados diários do idoso é mais de 5 horas para 97,9% dos cuidadores.

Em relação aos motivos que o levaram a se tornar o cuidador do idoso, 34% dos pesquisados referem que seria a única pessoa que poderia cuidá-lo, seguido por 29,8% que referem que foi por iniciativa própria. Em 21,3% das respostas ocorreu por decisão familiar e em 10,6% ocorreu por solicitação do próprio idoso.

As relações entre o idoso e o seu cuidador anteriores ao início do cuidado são caracterizadas na sua maioria como sendo “normal” (70,2%) e estas geralmente se mantêm até os dias atuais (70,2%).

Tabela 7. Distribuição das variáveis referentes ao processo do cuidado realizado por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Ajuda Prestada ao idoso		
Cuidados pessoais	43	91,5
Tarefas domésticas	47	100
Administração financeira	47	100
Modo de cuidado ao idoso		
Modo permanente	38	80,9
Em um turno fixo do dia	9	19,1
Recebe ajuda de outras pessoas para cuidar do idoso		
Ajuda de outros familiares	34	72,3
Pessoa contratada	13	27,7
Cuida de outras pessoas dependentes em sua família		
Sim	5	10,6
Não	42	89,4
Tempo que vem prestando cuidado ao idoso		
Menos de um ano	8	17,0
De um para dois anos	8	17,0
De três para cinco anos	7	14,9
De seis para dez anos	8	17,0
Mais de dez anos	16	34,0
Em média, quanto tempo dedica aos cuidados diários		
De 3 a 5 horas	1	2,1
Mais de 5 horas	46	97,9
O que fez a se tornar cuidador principal do idosos		
Por que o idoso pediu	5	10,6
Por iniciativa	14	29,8
Por decisão familiar	10	21,3
Única pessoa que poderia cuidá-lo	16	34,0
Outra razão	2	4,3
Relações com o idoso antes de iniciar o cuidado		
Grande intimidade e afeto	8	17,0
Normal	33	70,2
Distante e fria	3	6,4
Problemática	3	6,4
Relações atuais com o idoso		
Tem melhorado	13	27,7
Tem piorado	1	2,1
Segue igual	33	70,2

O fato de responsabilizar-se pelo cuidado de pessoa idosa pode produzir certas conseqüências no desenvolvimento normal das pessoas. A tabela 8 demonstra as conseqüências pessoais decorrentes do cuidado prestado ao idoso. Observa-se aumento dos problemas econômicos em 48,9% dos cuidadores; 40,4% sentem-se deprimidos; 40,4% apresentam dificuldades em sair de férias; 36,2% têm seu tempo de lazer reduzido; 38,3% referem não ter tempo para gastar com os amigos e 38,3% sem tempo para cuidar de si. Os conflitos com o cônjuge também são citados em 38,3% dos entrevistados, referindo também a dificuldade de cuidar de outras pessoas como gostaria, a exemplo de filhos e netos (29,8%). Outra conseqüência observada nesta tabela é a sobrecarga de trabalho (encontrarem-se sempre cansados) na qual se referem 31,9% dos entrevistados.

Tabela 8. Distribuição das variáveis referentes às conseqüências pessoais decorrentes do cuidado prestado por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Aumentaram os problemas econômicos	23	48,9
Sente-se deprimido	19	40,4
Não sai de férias	19	40,4
Conflitos com o cônjuge	18	38,3
Sem tempo para os amigos	18	38,3
Sem tempo para cuidar de si	18	38,3
Reduzir tempo de lazer	17	36,2
Encontra-se sempre cansada	15	31,9
Não consegue cuidar de outras pessoas	14	29,8
Reduzir jornada de trabalho	9	19,1
Sente a saúde piorada	7	14,9
Não posso trabalhar fora	6	12,8
Deixei meu trabalho	6	12,8

A tabela 9 apresenta a relação de tarefas indicadas pelos pesquisados como as mais difíceis realizadas no dia-a-dia. É possível perceber pelas respostas que as maiores dificuldades encontram-se nas atividades relacionadas a higiene, como banho, escovar os dentes, e vestir o idoso. A organização dos remédios, o manejo com a doença, as intercorrências ocasionadas pela fragilidade, os cuidados com a sonda de alimentação, a falta de atenção e colaboração da família, as divisões das tarefas relacionadas ao cuidado do idoso, o manejo com a teimosia do idoso e de outros membros da família, bem como a realização da fisioterapia e de curativos também são apontadas. Cabe ressaltar que uma das preocupações apontada pelos cuidadores volta-se para a possibilidade da morte do idoso cuidado, bem como seu manejo.

Tabela 9. Distribuição das variáveis referentes as tarefas mais difíceis realizadas no cuidado ao idoso por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS.

VARIÁVEIS	Número de cuidadores	%
Higiene pessoal (banho, escovar dentes)	6	12
Cuidados diários	5	10
Organizar escala para acompanhar o idoso nos fins de semana	4	8
Falta de atenção e colaboração da família	4	8
Lidar com a teimosia do idoso	4	8
Tarefas pessoais (comer, vestir, sair)	3	6
Dívidas, falta de dinheiro	3	6
Organização de medicamentos	2	4
Lidar com a doença, as intercorrências	2	4
Da morte, inesperada	2	4
Realizar fisioterapia, ir ao médico	2	4
Falta de ar, dores em geral	2	4
Lidar com a família	2	4
Tarefas domésticas	1	2
Cuidados com sonda para alimentação	1	2
Distância	1	2
Conscientizar que tudo é pelo bem	1	2
Convencer o idoso a tomar as medicações, alimentar adequadamente	1	2
Realizar curativos	1	2
Manejo com o peso do idosos	1	2
Conciliar os problemas pessoais do cuidador	1	2
Tudo é difícil	1	2
TOTAL	50	100

A tabela 10 apresenta as considerações em relação à tarefa de cuidador que desempenham. Observa-se que 76,6% indicam não haver outro remédio a não ser cuidar do idoso, 68,1% consideram esta ação como uma obrigação moral, 61,7% dos cuidadores referem que sua família apóia e valoriza o papel desempenhado, bem como o círculo das relações sociais valoriza os cuidados prestados ao idoso (14,9%). Dos entrevistados, 57,4% consideram como algo que dignifica como pessoa, 51,1% apóiam-se em suas convicções religiosas, 38,3% apontam que a pessoa cuidada é muito agradecida e isso acaba por gratificar o cuidador. Cabe ressaltar que 29,8% apontam essa tarefa como sendo uma carga excessiva.

Tabela 10. Distribuição das variáveis referentes às considerações de 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS, em relação à tarefa que desempenha.

VARIÁVEL	n	%
Não há outro remédio se não cuidar do idoso	36	76,6
Considera uma obrigação moral cuidar do idoso	32	68,1
Minha família apóia e valoriza esse papel	29	61,7
É algo que dignifica como pessoa	27	57,4
Apoio-me nas minhas convicções religiosas	24	51,1
A pessoa cuidada é muito agradecida e isso me gratifica	18	38,3
É uma carga excessiva	14	29,8
O círculo de relações sociais valoriza os cuidados prestado ao idoso	7	14,9

A tabela 11 demonstra a distribuição de frequências de comportamentos de uma pessoa idosa segundo informações do cuidador informal. É possível perceber que as maiores frequências de comportamentos voltam-se para o fato dos idosos terem dificuldades em “achar as coisas” (87,2%), queixas frequentes da situação na qual se encontra (42,6%), come o que não deve (29,8%) e esquece de fazer coisas rotineiras (29,8%). As alterações no sono surgiram em 27,7% das entrevistas, seguida pelo fato de não querer/desejar sair de casa (23,4%). Os comportamentos referentes à higiene também se destacam quando 21,3% referem que o idoso suja-se frequentemente com fezes e urina, 19,1% não gosta de tomar banho e 10,6% não se importam com a limpeza. O comportamento de que o idoso é agressivo verbalmente surgiu em 8,5% dos relatos.

Tabela 11. Distribuição de frequências de comportamentos de uma pessoa idosa segundo a opinião de 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis RS.

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Não consegue achar as coisa	41	87,2
So se queixa da sua situação	20	42,6
Esquece de fazer coisas rotineiras	14	29,8
Come o que não deve	14	29,8
Tem alterações de sono	13	27,7
Não quer sair de casa	11	23,4
Se suja com fezes e urina	10	21,3
Não gosto de tomar banho	9	19,1
Repete continuamente as mesmas histórias	8	17,0
Junta coisas inúteis	8	17,0
Não quer sair da frente da tv	7	14,9
Vive chorando	5	10,6
Não se importa com a limpeza	5	10,6
É agressivo verbalmente	4	8,5
Toma medicamentos por conta própria	4	8,5
Vive caindo e acidentando-se	4	8,5
Quer ficar sempre no quarto escuro	3	6,4
É agressivo fisicamente	2	1,4

A tabela 12 apresenta a distribuição das frequências das ajudas realizadas pelo cuidador informal em atividades de vida diária do idoso. É possível perceber que somente 10,6% dos idosos necessitam de ajuda contínua (sempre) para tomar as refeições, enquanto que 51,1% realizam esta atividade sozinho, não necessitando de auxílio. Em relação a vestir e desvestir roupas, 72,3% realizam esta atividade sem ou com o mínimo de auxílio do cuidador, 34% necessitam de ajuda às vezes, enquanto que 27,6% necessitam deste auxílio muito ou sempre.

Os cuidados realizados em prol da aparência física são apontados como necessário às vezes (63,8%) e muito ou sempre em 31,9% das entrevistas. Em relação ao auxílio para caminhar/locomover somente 8,5% não necessitam desta ajuda. Índices semelhantes acontecem em relação à ajuda no deslocamento da cama e da cadeira, onde somente 6,4% dos idosos têm autonomia para executá-lo, 85,1% necessitam desta ajuda às vezes e 8,6% necessitam muito ou sempre desta ajuda.

Em relação às atividades voltadas para a questão de higiene, 78,7% dos idosos necessitam de ajuda sempre. Somente 2,1% não necessitam de ajuda para executá-la. Também é possível perceber que todos os entrevistados referem que necessitam prestar auxílio aos idosos na realização das eliminações fisiológicas. Isto pode ser verificado também quando observado que 66% dos cuidadores informais ajudam os idosos em trocas de fraldas.

Sair para fazer compras é uma atividade realizada sempre por 74,5% dos cuidadores informais. Em relação à alimentação, limpeza e arrumação da casa, é percebido que todos os cuidadores executam estas atividades, independente do grau de comprometimento ou de autonomia do idoso. Situação semelhante ocorre em relação a tomar a própria medicação, 100% dos idosos recebem algum tipo de ajuda do cuidador para executá-la. Somente 8,5% têm um pouco de autonomia nesta atividade, quando percebemos que os cuidadores referem que às vezes ajudam, porém, 91,5% recebem esta ajuda de forma mais intensiva.

Certo grau de dependência também pode ser verificado quando analisado a frequência de ajuda do cuidador para o uso do telefone, 83% necessitam de algum auxílio para executá-lo. Somente 12,8% dos cuidadores referem que não necessitam colaborar com o idoso para tomar condução e somente 10,6% tem autonomia suficiente para lidar com as próprias finanças. O mesmo se confirma com o fato de que somente 10,6% dos idosos administram sua própria vida, enquanto que 68,1% não têm autonomia para tal, dependendo necessariamente do cuidador.

A tabela 13 apresenta os resultados em relação a qualidade de vida (QV) do cuidador de idosos comparado ao grupo controle. No geral, representado pelas duas primeiras questões, os cuidadores apresentaram uma menor qualidade de vida que os controles ($p < 0,001$). Isto se deve basicamente à 1ª questão, não havendo diferença significativa em relação a satisfação com a sua saúde. Quando analisado os domínios, observamos que apenas o domínio psicológico mostrou uma diferença significativa entre os 2 grupos, sendo o grupo de cuidadores com média de $57,0 \pm 6,1$ e o grupo controle com média de $70,6 \pm 4,9$ ($p < 0,001$).

Observamos ainda uma tendência à menor média de escore do grupo de cuidadores em relação aos controles no domínio de relações pessoais (média de 62,4 e 66,0 respectivamente; $p = 0,098$) e, talvez no domínio físico (média de 68,5 e 71,5 respectivamente; $p = 0,113$). No domínio meio ambiente não há diferença entre os dois grupos. Na soma de todas as questões, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa, embora em menor proporção que a questão 1 e o domínio psicológico, sendo provavelmente influenciada por estes.

Tabela 12. Distribuição das frequências das ajudas realizadas por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS em atividades de vida diária.

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Tomar refeições		
Nunca	24	51,1
As vezes	13	27,7
Muito	5	10,6
Sempre	5	10,6
Vestir e desvestir roupas		
Nunca	18	38,3
As vezes	16	34,0
Muito	9	19,1
Sempre	4	8,5
Cuidados da própria aparência		
Nunca	2	4,3
As vezes	30	63,8
Muito	11	23,4
Sempre	4	8,5
Caminhar, locomover		
Nunca	4	8,5
As vezes	31	66,0
Muito	8	17,0
Sempre	4	8,5
Deslocar-se da cama, cadeira		
Nunca	3	85,1
As vezes	40	4,3
Muito	2	4,3
Sempre	2	
Tomar banho		
Nunca	1	2,1
As vezes	8	17,0
Muito	1	2,1
Sempre	37	78,7
Chegar a tempo no sanitário		
Nunca	0	0,0
As vezes	30	63,8
Muito	10	21,3
Sempre	7	14,9
Trocar fraldas		
Nunca	16	34,0
As vezes	13	27,7
Muito	5	10,6
Sempre	13	27,7

Tabela 12. Distribuição das freqüências das ajudas realizadas por 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS em atividades de vida diária (continuação).

VARIÁVEL	Número de cuidadores	%
Sair para fazer compras		
Nunca	0	0,0
As vezes	2	4,3
Muito	10	21,3
Sempre	35	74,5
Preparar a refeição		
Nunca	0	0,0
As vezes	0	0,0
Muito	0	0,0
Sempre	47	100
Fazer limpeza e arrumação da casa		
Nunca	0	0,0
As vezes	0	0,0
Muito	0	0,0
Sempre	47	100
Tomar a própria medicação		
Nunca	0	0,0
As vezes	4	8,5
Muito	14	29,8
Sempre	29	61,7
Usar o telefone		
Nunca	8	17,0
As vezes	17	36,2
Muito	4	8,5
Sempre	18	38,3
Tomar condução		
Nunca	6	12,8
As vezes	15	31,9
Muito	0	0,0
Sempre	26	55,3
Lidar com as próprias finanças		
Nunca	5	10,6
As vezes	10	21,3
Muito	0	0,0
Sempre	32	68,1
Administrar a própria vida		
Nunca	5	10,6
As vezes	10	21,3
Muito	0	0,0
Sempre	32	68,1

Tabela 13. Avaliação da qualidade de vida em um grupo de 47 cuidadores informais de idosos do município de Veranópolis-RS e em um grupo controle, pareado por sexo, idade e escolaridade.

WHOQOL-Abreviado	CUIDADORES m ± dp*	CONTROLES m ± dp*	DIFERENÇA m ± dp*	P**
Geral – questões 1 e 2	68,6 ± 12,7	79,5 ± 11,5	10,9 ± 18,2	<0,001
Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?	67,6 ± 14,7	85,6 ± 16,3	18,1 ± 24,3	<0,001
Questão 2 – Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	69,7 ± 11,6	73,4 ± 12,1	3,7 ± 16,5	0,128
Domínio 1 – Físico	68,5 ± 10,7	71,5 ± 7,6	2,9 ± 12,6	0,113
Domínio 2 – Psicológico	57,0 ± 6,1	70,6 ± 4,9	13,6 ± 7,9	<0,001
Domínio 3 – Relações Pessoais	62,4 ± 9,0	66,0 ± 11,0	3,5 ± 14,4	0,098
Domínio 4 – Meio Ambiente	54,4 ± 5,3	54,8 ± 6,1	0,4 ± 7,6	0,721
Total – todas as questões	60,8 ± 4,9	66,1 ± 3,1	5,3 ± 6,0	<0,001

* média ± desvio padrão

** Teste *t* para amostras pareadas.

7. DISCUSSÃO

7.1. PERFIL DO IDOSO

Os resultados deste trabalho mostram que, na comunidade estudada, uma parcela considerável da população idosa (32,4%) apresenta necessidade de cuidador. Cabe lembrar que, em relação ao tipo de cuidador, todos os entrevistados são cuidadores informais, não remunerados, que se auto-nominam como cuidador principal do idoso.

Entre os idosos Veranenses, a necessidade de cuidador aumentou com a idade, evidenciando-se predominantemente nos idosos acima de 80 anos, o que é consistentemente observado também, em diferentes estudos que sugerem que a cada aumento de dez anos em idade, haja o dobro de risco de declínio do *status* funcional. Estudos americanos também indicam que, 55% da população acima dos 85 anos necessitam de algum auxílio nas atividades de vida diária (AVD)^{33,65,66}.

No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas, que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Aliás, não são só no Brasil que as mulheres são as "grandes cuidadoras" dos idosos incapacitados. Todos os autores e os dados coletados pelo mundo indicam que, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional⁶⁷.

A prevalência feminina deste estudo corrobora com a descrição de autores como Camarano¹⁴, Kinsella e Taeuber⁶⁷, Witter e Bassit⁶⁸, em relação à feminização do envelhecimento.

O envelhecimento é um fenômeno diferencial para homens e mulheres. A menor mortalidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo e faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. No caso brasileiro, a predominância feminina entre os idosos é um fenômeno tipicamente urbano, no meio rural predominam os homens. A maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano explica essa diferença.¹⁴

O papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade. A visibilidade social desta personagem, porém, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas. As mulheres são mais longevas que os homens e tendem a apresentar mais incapacidades do que os mesmos⁶⁹. Sugere-se também que esse processo ocorra em função das características e necessidades específicas dessas mulheres, idosas e cuidadoras de outros idosos.

No entanto, no presente trabalho, homens e mulheres apresentaram proporções semelhantes de necessidade de cuidador, porém, necessita de maiores investigações para compreender tal fenômeno.

O estado civil casado prevaleceu entre os idosos pesquisados, porém os idosos que necessitavam de cuidadores apresentaram uma maior evidência para a situação de viuvez, e de solteiros.

O Censo Demográfico de 2000⁵, evidencia que as mulheres viúvas prevalecem em 41% das mulheres idosas. A viuvez tem sido apontada, em geral, como sinônimo de solidão¹³. Em países desenvolvidos, a dependência está associada à viuvez sem filhos⁷⁰. Os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal são devidos, de um lado, à maior longevidade das mulheres e, de outro a normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casar com mulheres mais jovens. Isso se dá possivelmente, pelo processo que associa às mulheres em geral, e as idosas em especial, menores oportunidades de um recasamento, em casos de separação e viuvez¹³.

Na maioria dos casos, as mulheres envelhecem sozinhas, sem a companhia do parceiro e, muitas vezes, ainda com a responsabilidade de cuidar de outros idosos^{14,68}. Camarano, Kanso e Mello¹³ sugerem que a redução da mortalidade nas idades adultas, deve ter contribuído para uma diminuição da viuvez e um aumento na proporção de casados. Em contrapartida, a proporção de solteiros diminuiu no período, mais acentuadamente entre os homens.

A escolaridade do idoso neste estudo apresentou um nível baixo, não se diferenciando entre o grupo com cuidadores e o grupo sem cuidadores, tendo 65,5% dos idosos pesquisados com o 1º grau incompleto, seguido por 24,8% de idosos que nunca estudaram. Esse resultado adéqua-se aos dados fornecidos pelo IBGE⁵⁸, referentes ao censo de 2000, onde, em relação à escolaridade, foram observados importantes avanços nos níveis educacionais da população brasileira entre os anos de 1940 a 2000, refletindo também, no aumento da proporção de pessoas alfabetizadas, bem como, o número médio de anos de estudo, com diferenciais expressivos em termos de alfabetização, entre grupos etários e regiões²⁰. Apesar destes avanços, os dados também revelam que a média de anos de estudo, é de 4,81%, aos 25 anos, tendo após essa faixa, uma queda no nível de escolaridade conforme a idade. Aos 60 anos de idade têm um baixo nível de escolaridade (apenas 3,3 anos de estudo), e entre os que têm mais de 80 anos a escolaridade é ainda mais baixa (apenas 2,4 anos). Apesar do baixo nível de estudo dos brasileiros, e dos idosos em particular, observa-se que a situação melhorou após 1970⁷⁰.

Cabe ressaltar que outros estudos demonstram que a proporção de idosos alfabetizados teve um aumento significativo, mais intensamente entre as mulheres, caindo de 74,2% em 1940 da população idosa feminina analfabeta, para aproximadamente 1/3 no ano 2000. Apesar de os ganhos no período terem sido mais significativos entre as mulheres, são os homens idosos que se encontram em

melhores condições de alfabetização¹³. Estudos como o Bambuí³³ também associam a diminuição do nível educacional, com o *estatus* funcional e o risco para a incapacidade cognitiva, ressaltando a observação de que a escolaridade é um fator forte, negativo e independentemente associado à necessidade de cuidador.

Os idosos do estudo de forma geral têm uma renda mensal baixa, de até 1 salário mínimo (47,1%). A renda familiar mantém os padrões da renda pessoal, com mais evidência em ambos os grupos pesquisados o ganho de até 3 salários mínimos (42,1%). Os dados referentes à baixa escolaridade e renda não evidenciaram neste estudo a associação com a necessidade de cuidadores, contrapondo-se a estudos como o Bambuí³³, onde a necessidade de cuidador está refletida na desigualdade da distribuição de renda, e da oportunidade de estudo entre os idosos.

Segundo Camarano et al³, educação e rendimentos estão fortemente associados a melhores condições de saúde. Isso pode ser reforçado também por Alwin & Wray⁷¹ onde referem que pesquisas internacionais mostram claramente que, em todas as idades, quanto mais alto o nível socioeconômico, melhor a saúde. Os autores caracterizam também, que a situação econômica-financeira, associada às condições de saúde e autonomia, está intimamente relacionada à dependência. Ressaltam que a desigualdade social também afeta diferentemente a distribuição de recursos na velhice e o faz de uma forma peculiar, onde sobrevive por mais tempo os idosos que apresentam maiores recursos financeiros. Um estudo realizado com octagenários em Veranópolis-Rs por Xavier e colaboradores⁷² sobre os fatores implicados no entendimento de qualidade de vida do idoso, identificaram como determinantes de uma qualidade de vida positiva, além de uma saúde satisfatória e um bom relacionamento com familiares, a segurança financeira.

Houve uma diferença na principal fonte de renda entre os grupos pesquisados. Os idosos com cuidadores não apresentam renda por serviços eventuais ou salário, a qual representa a principal fonte de renda para os idosos sem cuidadores. Destacam-se a aposentadoria/pensões como as principais fontes de renda do grupo que necessita de cuidadores. A aposentadoria é um marco na vida do trabalhador, e muito se discute sobre o seu significado para o indivíduo que envelhece, porém, há de se pensar nas faces que esse momento promove. Por um lado a aposentadoria é dita como momento de realização e possibilidades de desenvolvimento pessoal, a outra em que se atribui efeitos nefastos como fonte de doença e declínio geral de saúde. Em suma a aposentadoria pode variar de bom ou mau em função de variáveis relacionadas ao trabalho em si e ao contexto geral de vida do indivíduo. Exceto para setores minoritários da classe trabalhadora, a aposentadoria significa perda de rendimentos e impõe uma redefinição do padrão de vida¹⁹.

Os rendimentos dos aposentados no Brasil, de modo geral, não garantem uma condição de segurança econômica, que possibilite tranquilidade e margem de opção para o desfrute do tempo

livre¹⁹. Segundo dados do IPEA⁷³, as famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais. São relativamente menos pobres, se medidas pela proporção de famílias, cujo rendimento médio mensal *per capita* é menor do que um salário mínimo. As que não contêm idosos, apresentam uma proporção de famílias pobres quase duas vezes mais elevada que as que contêm. O rendimento mensal *per capita* das famílias que contêm idosos, é mais elevado e seus membros dependem menos da renda do chefe do que o das que não contêm.

No entanto, contam com menor número de pessoas que trabalham e maior número de beneficiários da seguridade social. Isso se deve, em alguma medida, aos tipos de arranjos internos e etapas de ciclo familiar, que estabelecem diferentes relações de dependência econômica, entre os membros das famílias. Por outro lado, não se pode deixar de mencionar a importância dos benefícios da seguridade social na composição da renda dessas famílias. Já foi visto em outros trabalhos que as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos, especialmente das mulheres e essa importância cresce com a idade⁷³.

No âmbito das relações familiares, o estudo demonstra uma incidência considerável em termos de convivência, sejam elas parentas ou não. As respostas relacionadas com quem o idoso reside mostraram uma associação significativa com o fato de ter ou não cuidador, sendo que o idoso que tem cuidador reside mais com familiares diretos como cônjuge, companheiro, filhos e netos, bem como, uma considerável parcela convive com pessoas sem vínculos parentais, isto é, na companhia de empregados. O mesmo pode ser verificado com os idosos que não necessitam de cuidadores, porém apresentam mais características de independência, vivendo só ou com filho (s) e neto (s), sem a presença do cônjuge e/ou companheiro. O envelhecimento populacional trouxe consigo mudanças nas composições das famílias. Estas por sua vez, também envelhecem, o que pode ser medido pelo aumento da proporção das famílias que tem na sua composição, a presença de idosos e pela sua maior verticalização, ou seja, pela convivência de várias gerações^{29,74}.

A família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Em muitos países, aparece como a única alternativa de apoio. Isso tem se verificado tanto pela co-residência, como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os seus membros se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de “conflito cooperativo”, onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares. As formas de arranjos familiares esperados para famílias com idosos residindo, são do tipo casal com filhos ou famílias unipessoais, ou seja, idosos morando só. A co-residência de pais idosos e filhos aparecem como uma estratégia familiar, utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas. Variações na renda dos pais e dos filhos desempenham um papel importante na co-residência^{13,74}.

Outras explicações para o cuidado familiar podem ser inseridas nesta discussão. Certamente a influência da tradição histórica, as imposições da sociedade, os imperativos culturais e também os preceitos religiosos³¹. O cuidado, convívio familiar, são aspectos importantes da cultura, esperados e cultivados socialmente, porém, não se aplica a todos os idosos. Em termos brasileiros, muitos autores chamam a atenção para fatores que podem modificar esse cenário. A queda generalizada da fecundidade, o aumento também generalizado da participação das mulheres nas atividades econômicas, bem como, as mudanças expressivas nos arranjos familiares (separações, coabitação, aumento da proporção de mulheres que nunca se casaram e/ou que nunca tiveram filhos) tem dificultado e irá, ao longo do tempo, dificultar ainda mais a atuação das famílias enquanto promotoras de apoio à população idosa¹³.

Essa reflexão incita que ocorra futuramente um declínio na co-residência e em outros apoios familiares, tendo como resultantes um aumento da demanda por determinadas políticas sociais. Se considerarmos a tendência em curso do Estado, de reduzir as suas atividades de proteção social, outros mecanismos são requeridos para o cuidado com a população idosa¹³.

Atualmente, as mudanças econômicas, sociais, a inserção e profissionalização da mulher no mercado de trabalho, entre outras, tem alterado os padrões de estrutura familiar, ocasionando uma diminuição da constituição das famílias. A queda da fecundidade, além de demonstrar constituições familiares menores, é vista também como dificultadores ao suporte familiar^{14,19,31}. Apesar desses indicadores, o estudo atual demonstrou, em relação ao número de filhos que tiveram, uma constituição familiar média, com uma variação de três ou a cinco filhos.

Por mais difíceis que as relações familiares, intergeracionais possam ser, este estudo demonstra que essas, apresentam-se satisfatórias. Embora o relacionamento entre idosos e suas famílias varie de cultura para cultura, as pessoas, comunidade, sociedade valorizam e necessitam conviver junto aos seus entes.

A literatura nos mostra que a convivência familiar ou co-residência pode beneficiar tanto as gerações mais novas quanto as mais velhas. No entanto, há de se pensar se do ponto de vista dos idosos, os arranjos familiares predominantes estão realmente refletindo as suas preferências, ou se são resultado de uma “solidariedade imposta”. Como se viu essa pode ser resultado de pressões econômicas, sociais, de saúde, culturais ou religiosas. O mesmo pode ocorrer com os demais membros da família. Esse é um ponto importante a ser considerado porque pode ser um elemento desencadeador de insatisfação e violências domésticas. A co-residência entre idosos e filhos tem sido uma prática generalizada nos seus arranjos domiciliares. Algumas vezes, os beneficiados são os idosos e, em outras, os filhos e netos e, muitas vezes, ambos^{13,74}.

Assume-se que a idade traz consigo questões de fragilidade/vulnerabilidade e, portanto, necessidade de apoio e ajuda constante por parte de alguém. O estudo demonstra que os idosos com cuidadores são os que mais necessitam de apoio na execução de suas atividades de vida diária (AVD), principalmente os relacionados aos cuidados pessoais. Torna-se evidente portanto, que as necessidades de auxílio diário têm como reflexo a necessidade de um cuidador. O estudo aponta também, que o oferecimento desta ajuda advém de familiares diretos, como cônjuge/companheiro e filhos, os quais assumem um papel de cuidador.

Defini-se como dependente, a pessoa que está incapacitada integral ou parcialmente de realizar atividades da vida diária, como locomover-se, alimentar-se, vestir-se e higienizar-se (atividades físicas), ou de tomar decisões como administrar a casa, bens, dinheiro, assinar documentos, dirigir automóveis e assumir compromissos (atividades mentais), a dependência assume muitas formas, desde a dependência física, financeira e até a emocional¹¹. A graduação da dependência também pode variar desde a dependência total, como nos casos em que as pessoas estão em estado de coma, até as situações em que precisam de ajuda para abrir uma porta, ou de companhia para não se sentirem sozinhas²⁵.

Considerando as informações relacionadas direta ou indiretamente com a condição de saúde, pode-se verificar que os idosos pesquisados caracterizam sua saúde como sendo regular independente ou não, de terem cuidador. A autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências e estados de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais⁵⁴. Apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde. A autopercepção de saúde tem sido documentada também, como um confiável preditor de incapacidade funcional e mortalidade em populações idosas⁷⁵. Os levantamentos bibliográficos propostos por Hartmann⁷⁶, mostram que na maioria das pesquisas realizadas desde a década de 80, os idosos que auto-referiram saúde ruim apresentaram maior incidência de óbitos, do que aqueles que a consideraram excelente.

Segundo dados do *National Health Interview Survey* (NHIS), nos Estados Unidos, o percentual de indivíduos que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim, era de 9,5% em 1987 (9,0% entre homens e 9,9% entre mulheres), e avançou para 12,2% (11,9% entre homens e 12,6% entre mulheres) em 2002⁷⁷. No Brasil, os resultados encontrados no Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios⁵ (PNAD) realizada em 1998 – indicam que, aproximadamente, 23,0% da população total (23,5% das mulheres e 18,2% dos homens) auto-avaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim; 6,9% (7,0% entre as mulheres e

5,6% entre os homens) referiram restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nas duas semanas que antecederam a entrevista.

Neste estudo, a condição de ter um cuidador, apresentou associação à um quadro de saúde instável, doente. Isso também fica reforçado, quando comparada aos resultados referentes à realização de consultas e necessidades de internação hospitalar. Constatou-se que todos os idosos com cuidadores indicaram a necessidade de internação hospitalar pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses. Através disso, entende-se, que o idoso que tem alguma doença ou incapacidade é também aquele que interna mais, e esses são os que precisam de cuidador, ou seja, o grupo que precisa de cuidador é justamente dos idosos mais doentes.

A prática de atividade física regular é totalmente nula no grupo de idosos que tem cuidadores e também para maioria dos idosos que não necessitam de cuidador. De forma geral, o idoso pesquisado não pratica atividade física de forma regular. Muitos autores demonstram a efetividade da prática da atividade física para o envelhecimento bem sucedido^{9,15,18,19,42}, porém, a presente pesquisa não identificou os motivos pelos quais os idosos que não necessitam de cuidadores, também não praticam. Para uma melhor discussão, necessita-se de maiores investigações.

A situação atual de saúde é verificada nos idosos com cuidadores com maiores dificuldades às relacionadas à audição e para a movimentação. Os idosos sem cuidadores apresentam maiores autonomias, principalmente na movimentação. A percepção das condições de saúde colabora na vida independente, justamente pela liberdade na execução das AVD.

A necessidade de auxílio para atividades de vida diária, como cuidados de casa, tomar medicamentos, higiene, alimentação e movimentação apresentaram maiores índices de frequência no grupo de idosos com cuidadores. Segundo Medina⁷⁸, cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como, fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas. Estes dados remetem à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil⁷⁴.

Cabe ressaltar, que as AVDs, consistem em tarefas de autocuidado (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar e levantar da cama, usar o sanitário), as AIVDs são tarefas mais adaptativas (fazer compras, telefonar, realizar tarefas domésticas, preparar refeições) e a mobilidade se refere à capacidade de se locomover, de se movimentar e estas, são medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. A literatura destaca a capacidade funcional como um indicador do modo como as pessoas avaliam e percebem o estado de saúde.

Em relação aos problemas de saúde, o estudo atual demonstrou que a condição mais freqüente entre os idosos com cuidadores e idosos sem cuidadores foi a pressão alta (55,9%), seguida pela Diabetes Mellitus (31,7%). A freqüência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros, são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares, representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil⁵⁰.

7.2. PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS

Em relação ao perfil do cuidador de idosos, o estudo atual apresenta características semelhantes à literatura gerontológica consultada, principalmente em relação às questões de gênero^{13,33,46,50}. Os cuidadores de idosos são pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, podendo ser algum familiar (esposa, filha ou filho, sobrinho, neto, amigo) o chamado “cuidador informal” ou pessoas que, embora não tenham vínculo com o idoso, é contratado para esse trabalho, o “cuidador formal”⁴⁴.

No contexto familiar deste estudo, a figura do cuidador está descrito, como na maioria das pesquisas dos países ocidentais, na imagem da mulher, filhas ou esposas, casadas, de meia idade e com filhos, uma vez que prestar cuidados é secularmente uma atribuição feminina, bem como as responsabilidades de sustento da família é destinado ao homem^{1,31,46,79,80}.

Em geral, são as mulheres que assumem o cuidado e esse papel é visto como natural, pois está inscrito socialmente no papel da mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica. Nesse contexto, surge outra variável significativa: a faixa etária dos cuidadores que pertence, freqüentemente à mesma geração dos doentes. “São idosos jovens independentes” cuidando de “idosos dependentes”³¹. Esta concepção também se evidenciou na pesquisa, quando 21,2% dos pesquisados, apresentam idades superiores aos 60 anos, semelhantes às idades dos idosos cuidados.

Pesquisas multidisciplinares desenvolvidas desde 1991, através do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da PUC-SP, sobre a *Epidemiologia do Cuidador*, desenharam o perfil do cuidador familiar no Brasil, caracterizando o cuidador como alguém da família, predominantemente do sexo feminino. A maior parte formada de esposas seguidas pelas filhas. O cuidador familiar, revelou-se o ator social principal na dinâmica dos cuidados pessoais necessários às atividades de vida diária dos portadores de lesões que lhe tiraram a independência. A faixa etária dos cuidadores estava

acima de 50 anos. Os dados mostraram, também, que é comum encontrar cuidadores e pacientes da mesma faixa etária, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos⁵⁰.

Essa visão mais feminina também pode ser verificada no estudo realizado por Gonçalves et al, sobre o perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis-SC⁴⁶ onde os familiares cuidadores principais de idosos eram primordialmente mulheres de meia idade.

Nessa pesquisa observou-se que 34% dos idosos residem diretamente com o seu cuidador, reforçando as relações entre as gerações familiares. Caldas³¹ comenta que embora o relacionamento entre os idosos e suas famílias varie de cultura para cultura, a maioria das sociedades valoriza a interação entre gerações como uma das bases da construção da cultura.

O nível de escolaridade do cuidador apresentou-se bom neste estudo, variando de ensino de nível médio (48,9%), seguida por grau superior (23,4%). O grau de escolaridade é de extrema importância, uma vez que a falta deste pode interferir, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados ao idoso. A baixa escolaridade promove uma queda na qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos⁸¹.

A função de cuidador caracterizou-se por ocorrer de forma permanente e apoiada por outros familiares e empregados, concordando com Yuaso⁸², onde em sua pesquisa, com 56 cuidadores, 61% dos cuidadores contavam com ajuda ocasional de outra pessoa para prestar cuidados. Karsch⁸³ coloca que cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel. A autora complementa inferindo que, o cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante.

Associada a função de cuidador, o estudo mostrou a execução de outra atividade laboral concomitantemente, com uma carga horária de 31 a 40 hs/semanais. O exercício do papel do cuidador tende a competir com o desempenho de papéis profissionais e familiares que os cuidadores exerciam anteriormente⁸⁴. O tempo de trabalho do cuidador deve ser avaliado com cautela, uma vez que, a atividade exercida por ele é deveras desgastante e a tarefa de cuidar de um adulto dependente, implica riscos de tornar o cuidador doente e igualmente dependente⁴⁸.

Percebeu-se também que o cuidador principal vem prestando este cuidado a longo tempo, a mais de 10 anos. Dados semelhantes aos encontrados nesse estudo, ocorreram em estudo realizado por Gonçalves, et al⁴⁶ onde, em relação à situação do cuidado, prevaleceu o cuidar de modo permanente, de gasto diário de tempo com mais de 3 horas, e em cuidado prolongado por mais de três anos.

O fato de responsabilizar-se pelo cuidado de pessoa idosa produziu certas conseqüências no desenvolvimento normal das pessoas. Ficou evidente nesse estudo, o aumento os problemas econômicos, os sentimentos deprimidos, as dificuldades em sair de férias, redução do tempo de lazer, do tempo com os amigos, e tempo para cuidar de si. Os conflitos com o cônjuge se evidenciam, como também, a dificuldade de cuidar de outras pessoas como gostariam, a exemplo de filhos, netos, etc. Outra conseqüência observada neste estudo é a sobrecarga de trabalho (encontrarem-se sempre cansados). O mesmo pode ser observado no estudo realizado por Gonçalves, et al⁴⁶ onde, os cuidadores também demonstraram conseqüências da tarefa de cuidar do idoso, relacionadas as limitações na vida profissional, a falta de tempo para se cuidar; convivência conjugal com conflitos; cansaço permanente e percepção de saúde piorada.

Em relação ao processo de cuidar, o estudo mostrou que a ajuda prestada ao idoso resume-se na sua maioria por tarefas domésticas (100%), na administração financeira (100%), e nos cuidados pessoais (91,5%), denotando uma obrigação em suprir, ou até mesmo substituir, as atividades da vida diária que antes do agravo estabelecido, eram bem realizadas pelos idosos. Cabe ressaltar que as tarefas aqui indicadas referem-se a cozinhar, lavar, passar, fazer faxina, fazer compras, auxiliar no pagamento de contas, realizar compras, sair com o idoso para distrair-se, passar o fim de semana juntos, acompanhar para ir ao médico, auxiliar no banho, vestir a roupa, no alimentar-se, no caminhar, acomodar-se na cama, entre outros.

As tarefas indicadas pelos pesquisados, como as mais difíceis realizadas no dia-a-dia, estão relacionadas basicamente aos cuidados pessoais (banho, escovar os dentes, e vestir o idoso), na organização dos remédios, o manejo com a doença e suas intercorrências, os cuidados com a sonda de alimentação, a falta de atenção e colaboração da família, as divisões das tarefas, o manejo com a teimosia do idoso e de outros membros da família, bem como, a realização de tratamentos de suporte. Uma das preocupações apontada pelos cuidadores volta-se para a possibilidade da morte do idoso cuidado, bem como seu manejo. Cabe ressaltar que esses mesmos cuidadores apontam essas tarefas como sendo uma carga excessiva.

O banho é uma dificuldade comumente encontrada em estudos científicos⁸⁵. Segundo um estudo realizado por Perracini⁸⁶, com cuidadores familiares de idosos portadores de comprometimentos físicos e cognitivos intensos, as tarefas consideradas mais difíceis pelos

entrevistados foram as de cuidados pessoais, que o cuidador geralmente administra sozinho. Em seguida apareceram as atividades ocasionais para as quais precisa pedir ajuda de outro familiar.

Na literatura gerontológica sobre cuidadores de idosos dependentes, é consenso a característica estressante da atividade de cuidar^{87,88}. As atividades desempenhadas por familiares no cuidado de idosos dependentes pertencem a quatro domínios, divididos entre: proporcionar suporte em atividades instrumentais de vida diária (AIVD); atender à necessidade de suporte emocional, e de lidar com as pressões psicológicas decorrentes de proporcionar os cuidados⁸⁹.

As demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico do cuidador e da família. A demanda pelo cuidado vai depender do grau de dependência do idoso. Em suma, é visível a sobrecarga de atividades com que o cuidador se depara no seu dia-a-dia. Estudo realizado por Souza et al⁸⁹, evidenciaram o dia-a-dia de cuidadores como sendo extenuante em função dos cuidados prestados. Não há dúvida quanto à vulnerabilidade que os cuidadores estão expostos, ao prestar cuidados duradouros e exclusivos a idosos fragilizados e de alta dependência. Certamente os efeitos desta exaustão variam de pessoa para pessoa, conforme as circunstâncias na qual se encontra⁸⁹.

O cuidador normalmente constrói um perfil próprio e tarefas específicas e complexas que precisam ser desenvolvidas ou acompanhadas. Assume a responsabilidade pelo cuidado prestado, como também de porta-voz do idoso e muitas vezes da família. Portanto, além de ser componente-chave no processo de cuidar, ele é também fundamental no auxílio e manutenção desse cuidado, pois depende dela a aceitação, pela família de uma modalidade terapêutica, de um profissional ou de uma equipe de saúde, bem como, a realização do cuidado e o apoio ao profissional responsável pelo paciente⁸⁹.

Em relação aos motivos que o levaram a se tornar o cuidador do idoso, evidencia-se claramente a decisão pessoal do cuidador em assumir tal atividade. Essa decisão é sustentada neste estudo como sendo a alternativa mais correta, considerada como uma obrigação moral cuidar dos mais velhos, apoiada e valoriza pela família, bem como, pelo círculo das relações sociais, considerada como algo que dignifica como pessoa, muitas vezes apoiada em convicções religiosas e pela gratidão de quem está sendo cuidado. Geralmente as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certos padrões refletidos em quatro fatores: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva³².

As condições de saúde do cuidador de idoso mostraram, que a maioria dos pesquisados (51,1%) definem sua saúde como boa. Em comparação aos últimos cinco anos, a maioria dos cuidadores (85,1%), relata que sua saúde manteve-se a “mesma coisa”. Porém é possível perceber que

55,3% referem problemas de saúde os quais estão sendo tratados, dentre eles, destaca-se a hipertensão (16,6%), depressão (13,8%), e os problemas de coração (13,8%). Associado a esses, o fato de responsabilizar-se pelo cuidado de pessoa idosa produz certas conseqüências na vida, como o aumento dos problemas econômicos, os sentimentos deprimidos, as dificuldades em conciliar tempo para lazer, para cuidar de si, de outras pessoas, da família, e os conflitos com o cônjuge.

Cabe discutir aqui os dados relacionados à percepção dos cuidadores de idosos em relação a sua qualidade de vida, quando comparados a um grupo pareado. A aplicação do WHOQOL-BREF evidenciou que a QV do cuidador de idosos apresentou-se menor em relação aos controles ($p < 0,001$), devendo-se basicamente a auto-avaliação da saúde.

Em relação aos domínios, observamos que o domínio psicológico mostrou uma diferença significativa entre os dois grupos pesquisados, como também uma pequena tendência ao domínio de relações pessoais, confirmando os problemas de saúde e as conseqüências do cuidado na vida do cuidador, mencionados anteriormente. O domínio psicológico aqui desenhado, refere-se a frequência de sentimentos positivos e negativos, a capacidade de pensar e aprender, auto estima, concepção de imagem corporal e a espiritualidade. O domínio das relações pessoais contempla não só as relações pessoais, como também o apoio social e a atividade sexual.

De acordo com Caldas^{40,89}, a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, complexa e exige muito da pessoa que cuida, e que essa sobrecarga pode, de certa maneira, colaborar para o aparecimento ou agravamento de doenças. Há de se considerar ainda, que o cuidador de idoso também é um ser que envelhece e, portanto sujeito aos fatores que levam o ser humano ao final de vida com qualidade ou com dependência, segundo a forma como se somam as condições físicas, psicológicas e sociais nas quais estamos inseridos como seres humanos e cidadãos⁴³.

Neri³⁴ comenta que as taxas da maioria das doenças psiquiátricas são menores na velhice, e maiores na meia-idade e na vida adulta. O mesmo se evidencia com as taxas de depressão. A prevalência de ansiedade diminui a partir dos 65 anos, em comparação com a meia idade, mas as mulheres têm probabilidade duas vezes mais alta de sofrer desses distúrbio do que os homens. Cabe ressaltar, que nesta pesquisa o cuidador de idosos caracterizou-se principalmente na figura da mulher de meia-idade. Sendo assim, a tendência a doenças psiquiátricas, depressão e ansiedade podem acentuar-se, quando associadas a necessidade de prestar um cuidado, de uma forma tão intensa e duradoura à um familiar dependente.

Embora o cuidador familiar tenha uma importância crucial no Brasil, onde as ações do Estado são insuficientes no quadro da saúde pública⁹⁰, a grande maioria da população de cuidadores

informais ainda se encontra sem as informações e o suporte necessário à assistência^{91,92}, o que se constitui em fator de risco para a manutenção de sua QV.

Sendo assim, não há como discordar com Karsch⁸³, que infere, que o envelhecimento com dependência e a figura do cuidador estão exigindo novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira está se dando num momento de profunda desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade. O que se configura, é um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional. A autora comenta também que tanto nos Estados Unidos, como na Europa, há grandes investimentos das políticas públicas a fim de construir e manter redes de suporte a idosos, ou diretamente, ou prestando apoio a cuidadores: familiares, voluntários e profissionais. A autora finaliza dizendo que isto é conhecido, e pesquisas recentes, como as de Lechner e Neal⁹³, mostram que os cuidados oriundos de redes informais de apoio constituem a mais importante fonte de suporte a idosos e, por isso mesmo, precisam ser estudados e amparados.

8. CONCLUSÕES

1. Os resultados do presente trabalho mostram uma considerável prevalência da necessidade de cuidador na população idosa estudada, evidenciando essa necessidade com o aumento gradativo da idade, principalmente os acima de 80 anos. A família ainda é a principal fonte para o oferecimento desse suporte.
2. A prevalência feminina desse estudo colabora com a descrição em relação à feminização do envelhecimento de outros estudos.
3. Chama a atenção entre os nossos resultados, a não associação entre a necessidade de cuidador com a baixa escolaridade e a renda domiciliar, apresentando-se como características gerais dos idosos pesquisados.
4. As respostas relacionadas com quem o idoso reside, mostraram que o idoso que tem cuidador reside mais com familiares diretos como cônjuge, companheiro, filhos e netos, bem como, uma considerável parcela convivem com pessoas sem vínculos parentais, isto é, na companhia de empregados. O mesmo foi verificado com os idosos que não necessitam de cuidadores, porém apresentando maiores características de independência. Por mais difíceis que as relações familiares possam ser, este estudo demonstra que essas, apresentaram-se satisfatórias.
5. A prática de atividade física regular apresentou-se nula, de forma geral, no idoso pesquisado, não diferenciando-se entre o grupo com e sem cuidador.
6. Em relação aos problemas de saúde, a condição mais freqüente entre os idosos com cuidadores e idosos sem cuidadores foi a Hipertensão Arterial, seguida pela Diabetes Mellitus.
7. As características principais do cuidador de idosos são muito semelhantes à bibliografia pesquisada, principalmente relacionada às questões de gênero, descritas como, na maioria das pesquisas dos países ocidentais, na imagem da mulher, filhas ou esposas, casadas, de meia idade e com filhos, uma vez que, prestar cuidados é secularmente uma atribuição feminina, bem como as responsabilidades de sustento da família é destinado ao homem.

8. O nível de escolaridade do cuidador apresentou-se bom, variando de ensino de nível médio e grau superior, o que facilita e propicia um cuidado mais efetivo e adequado.
9. A função de cuidador caracterizou-se por ocorrer de forma permanente, apoiada por outros familiares e empregados, associada na execução de outra atividade laboral, com uma carga horária superior às 31hs/semanais. Percebeu-se também que o cuidador principal vem prestando este cuidado a longo tempo, a mais de 10 anos.
10. Em relação ao processo de cuidar, o estudo mostrou que a ajuda prestada ao idoso resume-se na sua maioria por tarefas domésticas, na administração financeira, e nos cuidados pessoais, denotando uma obrigação em suprir, ou até mesmo substituir, as atividades da vida diária, que antes do agravo estabelecido, eram bem realizadas pelos idosos.
11. As tarefas indicadas pelos pesquisados, como as mais difíceis realizadas no dia-a-dia, estão relacionadas basicamente aos cuidados pessoais e no suporte diário às necessidades humanas básicas. Ressalta-se que os cuidadores apontam essas tarefas como sendo uma carga excessiva e desgastante.
12. A qualidade de vida do cuidador de idosos apresentou-se menor em relação aos controles, devendo-se basicamente a auto-avaliação da saúde. Em relação aos domínios, observamos que o domínio psicológico mostrou uma diferença significativa entre os 2 grupos pesquisados, como também uma pequena tendência ao domínio de relações pessoais, confirmando os problemas de saúde e as conseqüências do cuidado na vida do cuidador.
13. Conclui-se com esse estudo, a carga negativa e desgastante que esta atividade exerce na qualidade de vida dos cuidadores, principalmente voltadas para a manutenção da saúde mental e para as relações pessoais. Essas condições levam a inferir que os cuidadores são doentes em potencial, e que sua capacidade funcional pode estar constantemente em risco, devido à sobrecarga que essa atividade resulta. Os dados sobre a saúde dos cuidadores reforçam essa hipótese, na qual é possível perceber que 55,3% referem problemas de saúde, os quais estão sendo tratados, dentre eles, destaca-se a hipertensão (16,6%), depressão (13,8%), e os problemas de coração (13,8%). Apesar disso, não devemos entender esta atividade como sendo obrigatoriamente sacrificada.

14. Em relação aos motivos que levaram as pessoas a se tornarem os cuidadores dos idosos, evidencia-se claramente, como sendo uma decisão pessoal do cuidador, sustentada por ser a alternativa mais correta, uma obrigação moral de cuidar dos mais velhos, apoiada e valorizada pela família, bem como, pelo círculo das relações sociais, considerada como algo que dignifica a pessoa. Muitas vezes apoiada em convicções religiosas e pela gratidão de quem está sendo cuidado, portanto não há porque entendê-la e executá-la com sobrecarga, embora historicamente e socialmente seja esta a interpretação.

Apesar de evidenciarmos um aumento de estudos com enfoque no cuidador de idosos, ainda assim fazem-se necessárias mais pesquisas que considerem as diferenças culturais, as influências do meio em que estes idosos vivem, e as enfermidades que os acometem para poder se estabelecerem políticas de saúde locais, que supram as necessidades destes idosos e conseqüentemente forneçam suporte a essas famílias.

Cabe refletir e sugerir também, a necessidade de preparar e orientar quem cuida diretamente dos idosos, independente do vínculo de parentesco.

9. REFERÊNCIAS

1. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea; 2003.
2. Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2004; 26(1): 41-45.
3. Camarano AA, organizador. Os Novos Idosos Brasileiros. Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
4. Motta AB. Visão Antropológica do envelhecimento. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil, 2000. 2002 [capturado 2006 Dez 10]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatisticas/populações/perfildoidoso/default>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos idosos. 2000. [capturado em 2006 dez 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
7. Néri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: Néri AL, organizador. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Átomo & Alínea; 2002. p. 9-63.
8. Grundy E. The epidemiology of aging. In: Tallis R, Fillit H, editors. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 3-20.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005. [capturado 2006 Dez 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
10. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta scientiarum. Health sciences*. 2004; 26(1): 135-145.
11. Netto MP. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
12. Taeuber CM, Rosenwaike I. A demographic portrait of America's oldest old. In: Suzman RM, Willis DP, Manton KG. *The Oldest old*. New York: Oxford University; 1992. p.17- 49.
13. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizador. *Os Novos Idosos Brasileiros. Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
14. Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Construção demográfica. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
15. Dornelles D, Grossi P. Tempo Transcedente. In: Terra NL, Dornelles B, organizadores. *Envelhecimento Bem-Sucedido*. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

16. Costa LVA. Política Nacional do Idoso - Perspectiva Governamental. Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: Uma agenda para o final do século; Brasília: MPAS/SAS; 2001.
17. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Revista Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(4): 587-94.
18. Caldas CP. Fatores de risco em Envelhecimento - O Idoso Frágil e as Síndromes Geriátricas. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
19. Assis M. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
20. Camarano AA, El Ghaouri SK. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: Camarano AA, organizador. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
21. . Goldani AM. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gênero. In: Camarano AA, organizador. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
22. Forette B. Aspects démographiques et épidémiologiques en France. In: Arcand M, Hébert R, editores. *Précis pratique de gériatrie.* Québec: EDISEM; 1998. p. 15-20.
23. Motta LB. Processo de Envelhecimento. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
24. Baltés MM, Silverberg S. A dinâmica de Dependência – Autonomia no Curso de Vida. In: Neri AL. *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida.* São Paulo: Papyrus; 1995.
25. Bulla LC, et al. Ser cuidador: o importante papel da família. In: Terra NL, Dornelles DF, organizadores. *Envelhecimento bem-sucedido.* 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
26. Camarano AA. *Mecanismos de Proteção Social para a População Idosa Brasileira.* Rio de Janeiro: IPEA; 2006.
27. Mendes W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
28. Jacob-Filho W. Entre o cuidar e o ser cuidado. *Folha Equilíbrio/Folha de São Paulo.* [Capturado em 2005 junho]: [1 tela] Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq2306200501.htm>.
29. Caldas CP. Aspectos Éticos: Considerando as necessidades da Pessoa Idosa. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
30. Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa Idosa e seu cuidador. *Textos Envelhecimento. Textos envelhecimento* [periódico online]. 2000 [capturado em 2006 agosto 18]; 3(4): Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>.

31. Caldas CP. Cuidado Familiar: A importância da Família na Atenção à saúde do Idoso. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
32. Mendes PBMT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
33. Girardon-Perlini NMO. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev. esc. enferm. 2005 jun; 39(2): 154-163.
34. Neri AL, organizador. Desenvolvimento e envelhecimento. São Paulo: Papirus; 2006.
35. Camarano AA, Pasinato MT, Lemos VR. Cuidados de longa duração para a população idosa: Uma questão de gênero? In: Neri AL, organizador. Qualidade de Vida na Velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007.
36. Karsch UM. Dependent seniors: Families and caregivers. Cad. Saúde Pública. 2003 Jun.; 19(3): 861-866.
37. Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus; 1993.
38. Silva EBN, Neri AL. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida e idade madura. 3ª ed. São Paulo: Papirus; 2000. p. 213-36.
39. Girardon-Perlini NMO. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev. esc. enferm. 2005 jun; 39(2): 154-163.
40. Caldas CP. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. Textos sobre Envelhecimento [periódico online]. 2002 [capturado em 2006 agosto 18]; 4(8): Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>.
41. Zarit SH. Interventions with family caregivers. In: Zarit SH, Knight BG, eds. A guide to Psychotherapy and Aging. Washington: American Psychological Association; 1997. p. 139-159.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2008 [capturado em 2008 julho] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/guiapraticodocuidador>.
43. Pacheco JL. O Cuidador: Sua Instância e suas Experiências. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. Saúde dos idosos: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
44. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte YAO, Diogo MJD'E, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.102-110.
45. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar [dissertação]. Campinas(SP): Faculdade de Educação da UNICAMP; 2001.

46. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4): 570-7.
47. Diogo MJ, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Rev. Esc. Enferm.* 2005; 39(1): 97-102.
48. Cerqueira A, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol.* 2002; 13(1):133-150.
49. Matsuda LM, et al. O cuidado de quem cuida: reflexões acerca da (dê)humanização do enfermeiro. *Revista Nursing.* 2007 junh.; 109(10): 103-18.
50. Karsch UM, Leal MGS. Pesquisando Cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: Karsch UM, organizador. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.* São Paulo: EDUC; 1998.
51. Souza NR, Oliveira AA, Oliveira MML, et al. Olhar sobre o Cuidador de idosos dependentes. *Rev. Saúde.* 2005; 1(1): 51-59.
52. Heidegger M. *Ser e Tempo – parte I.* Petrópolis: Vozes; 2001.
53. Boff L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.* Petrópolis: Vozes; 1999.
54. Portillo JC, Paes AM. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Rev Bra Odont. Saúde Col.* 2000; 1(1): 75-88.
55. Neri AL. Prefácio In: Santos SMA. *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador.* Campinas: Alínea; 2003.
56. Figueiredo NMA, Santos I, Tavares R. A dimensão da garantia do cuidado à pessoa idosa. In: Figueiredo NMA, Tonini T, organizadores. *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento.* São Caetano do Sul: Yendis; 2006.
57. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Portella MR. Painel: Desafios para a enfermagem Diante das perspectivas para a Saúde do Idoso no Brasil. *Revista Enfermagem Atual.* 2007; 38 (1):10-13.
58. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. 2004 [capturado em: 2007 março 03] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
59. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2007 - Preliminar. 2008 [capturado em:2008 junho 03] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
60. Cruz IBM, Moriguchi EH. *Projeto Veranópolis: reflexões sobre envelhecimento bem sucedido.* Veranópolis: Oficina da Longevidade; 2002.
61. GESPI/PEN-UFSC Software: QPFC - Questionário de perfil de Familiar Cuidador. 2004.

62. Fleck MPA, coordenador. Versão em Português do Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). 1998 [capturado em 2006 setembro 17] Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
63. GESPI. Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas. Diretórios dos Grupos de Pesquisa no Brasil. [capturado em 2006 set 17] Disponível em: <http://dpg.cnpq.br/buscaoperacional/>.
64. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p.21082-21085. (16 de outubro de 1996).
65. Guralnik JM, Lacroix AZ, Abbott RD, et al. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol.* 1993; 137(1): 845-57.
66. Diogo MJE, Duarte YAO. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
67. Kinsella K, Taeuber CM. *An Aging World II*. Washington: U.S. Government Printing Office; 1992.
68. Bassit AZ, Witter C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In: Witter GP, organizador. *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas*. Campinas: Alínea; 2006.
69. Grundy E. The epidemiology of aging. In: Tallis R, Fillit H, editors. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 3-20.
70. Neri M, Carvalhaes L, Costilla H, Monte S. O capital dos idosos. In: Camarano, A A, organizador. *Os novos idosos brasileiros - muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
71. Alwin DF, Wray LA. A life-span development perspective on social status and health. *The Journals of Gerontology: Psychological and Social Sciences.* 2005; 60(B): 7-14.
72. Xavier MF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2003; 25(1): 31-9.
73. Camarano AA, Kanso S, Leitão e Mello J. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros - muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea; 2004.
74. Camarano AA, Kanso S, Leitão e Mello J, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, organizador. *Os Novos Idosos Brasileiros. Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
75. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2006; 21: 267-275.
76. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre(RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
77. Lethbridge-Çeiku M, Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey. [S.l.]: National Center for Health Statistics. 2004; 10 (222): 112-135.

78. Medina C, Shirassu M, Goldfeder M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Karsch UM, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
79. Neri AL, et al. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: Neri A.L, organizador. Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002. p. 165-201.
80. Garridoa R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Revista Saúde Pública. 2004; 38(6): 835-41.
81. Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Rev. Eletrôn. Enferm. [periódico online]. 2003 [capturado em 2005 out 10]; 5(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
82. Yuaso DR. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: Neri AL. Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. São Paulo: Alínea; 2002.
83. Karsch UM, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
84. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
85. Creutzberg M, Santos BRL. O cotidiano de Famílias de Classe Popular no Cuidado ao Idoso Fragilizado. Enfermagem Atual. 2003 Jan/fev; 3(13): 37-42.
86. Perracini MR. Análise Multidimensional de Tarefas Desempenhadas por Cuidadores Familiares de Idosos de Alta Dependência [dissertação]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.
87. Barer BM, Johnson CL. A critique of caregiving literature. The Gerontologist. 1990; 30(1): 26-29.
88. Stephens MAP. Social relationships as coping resources in later-life families. In: Stephens MAP, et al. Stress and coping in later-life families. Washington: Hemisphere; 1990.
89. Souza Souza NR, et al. Olhar sobre o Cuidador de idosos dependentes. Rev. Saúde. Com. 2005; 1(1): 51-59.
90. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev. Saúde Pública. 1987 Jun; 21(3): 225-33.
91. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP. 2002 Jan; 13(1): 133-50.
92. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Rev. Saúde Pública. 2004 Dez; 38(6): 835-41.

93. Lechner V, Neal M. The mix of public and private programs in the United States: Implications for employed caregivers. In: Lechner SV, Neal M, organizadores. Work and Caring for the Elderly: International Perspectives. Philadelphia: Taylor & Francis; 1999. p.120-137.

94. Veranópolis. Prefeitura Municipal - Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Contato em 12/2006.

95. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas dos idosos dependentes. Cad. Saúde Pública. 2005 set-out.; 21(5): 1509-1518.

96. PUCRS. Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul. Modelo para Apresentação de Projeto de Pesquisa – Elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão. 2006 [capturado em 2006 set 17] Disponível em <http://wehapp.pucrs.br/docprot/servlet/br.pucrs.docprot.ctrl>.

97. Lloyd-Sherlock P. Ageing, development and social protection: a research agenda. Madri: UNRISD Meeting on Ageing; 2002

ANEXOS

ANEXO A

Questionário Multidimensional das condições de vida dos idosos no RS

Projeto Idosos de Porto Alegre

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Número do paciente

Número do avaliador

Identificação:

Nome: _____

Endereço: Rua: _____ Num: _____ Ap: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Área: _____

Inf Adicional: _____

DADOS GERAIS DO IDOSO

1. Onde reside?

Bairro:

2. Onde o(a) senhor(a) nasceu?

Município:

Estado:

Pais:

3. O (a) senhor (a) nasceu em meio urbano ou rural?

- (a) urbano
- (b) rural
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

4. Sexo

- (a) masculino
- (b) feminino

5. Cor

- (a) branca
- (b) preta
- (c) amarela
- (d) parda

6. Atual estado civil:

- (a) solteiro
- (b) casado
- (c) viúvo
- (d) desquitado
- (e) separado

7. Atual estado civil:

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

8. Idade? [_ _] (em anos completos)

Data de nascimento: _ / _ / _ .

- (a) 60 - 64 anos
- (b) 65 - 70 anos
- (c) 71 - 74 anos
- (d) 75 - 80 anos
- (e) 81 - 84 anos

9. Idade? [_ _] (em anos completos)

Data de nascimento: _ / _ / _ .

- (a) 85 - 90 anos
- (b) 91 anos ou mais

10. Escolaridade:

- (a) analfabeto
- (b) alfabetizado fora da escola
- (c) primário incompleto
- (d) primário completo
- (e) ginásial incompleto

11. Escolaridade:

- (a) ginásial completo
- (b) complementar
- (c) secundário incompleto
- (d) secundário completo
- (e) superior incompleto

12. Escolaridade:

- (a) superior completo
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

B. QUALIFICAÇÃO DA MORADIA E INFRA-ESTRUTURA

13.. **Em que tipo de moradia o (a) senhor (a) vive?**

- (a) casa
- (b) apartamento
- (c) quarto /cômodo
- (d) barraco /maloca

14.. **Quantas peças possui sua moradia?**

- (a) uma peça
- (b) duas peças
- (c) três peças
- (d) quatro peças
- (e) mais de quatro peças

15. **Sua moradia é:**

- (a) própria
- (b) alugada
- (c) cedida
- (d) invadida
- (e) outros

16 **Sua moradia é:**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

17. **O terreno em que se localiza a moradia**

- (a) próprio
- (b) alugado
- (c) cedido
- (d) invadido
- (e) outros

18. **O terreno em que se localiza a moradia**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

19. **Qual o material de construção de sua moradia?**

- (a) alvenaria
- (b) madeira
- (c) mista
- (d) outros
- (e) não sabe/ não respondeu

20. **Como é feito o abastecimento de água?**

- (a) rede pública, com canalização.
- (b) rede pública, sem canalização.
- (c) bica ou torneira pública
- (d) poço
- (e) outros

21. **Como é feito o abastecimento de água?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

22. **O lixo de sua residência é?**

- (a) coletado
- (b) queimado
- (c) enterrado
- (d) jogado
- (e) outros

23 **O lixo de sua residência é?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

24. **Possui energia elétrica?**

- (a) sim com medidor
- (b) sim sem medidor
- (c) não
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

25. **Sua rua é servida por iluminação pública?**

- (a) não
- (b) sim

26. **Que tipo de instalação sanitária possui sua moradia?**

- (a) rede publica
- (b) fossa séptica
- (c) fossa negra
- (d) vala
- (e) outros

27. **Que tipo de instalação sanitária possui sua moradia?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

28. **Sua moradia possui:**

- (a) banheiro com vaso sanitário e chuveiro
- (b) banheiro com vaso sanitário sem chuveiro
- (c) casinha privada externa
- (d) urinol exclusivamente

29. **Quantas pessoas residem na sua moradia?**

_____ **INCLUIR O ENTREVISTADO (IDOSO)**

- (a) 1 pessoa (idoso só)
- (b) 2 pessoas
- (c) 3 pessoas
- (d) 4 pessoas
- (e) 5 pessoas

30. **Quantas pessoas residem na sua moradia?**

_____ **INCLUIR O ENTREVISTADO (IDOSO)**

- (a) 6 ou mais
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

31. **Em que local da casa dorme?**

- (a) quarto
- (b) sala
- (c) cozinha /sala/ quarto (peça única)
- (d) outros
- (e) não respondeu

32. **O (a) senhor (a) dorme com outras pessoas na mesma peça?**

- (a) não, sozinho
- (b) sim, com cônjuge / companheiro.
- (c) sim, com os filhos.
- (d) sim, com os netos.
- (e) sim, com outras pessoas.

33. **O (a) senhor (a) dorme com outras pessoas na mesma peça?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

C. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E RELAÇÕES SOCIAIS

34. **Quantos filhos o(a) Sr(a) teve?**

- (a) um filho
- (b) dois filhos
- (c) três filhos
- (d) quatro filhos
- (e) cinco filhos

35. **Quantos filhos o Sr(a) teve?**

- (a) seis ou mais filhos: Quantos _____
- (b) não tem filhos
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

36. **Destes filhos, quantos estão vivos?**

- (a) um filho
- (b) dois filhos
- (c) quatro filhos
- (d) cinco filhos
- (e) seis ou mais filhos: Quantos _____

37. **Destes filhos, quantos estão vivos?**

- (a) não tem filhos
- (b) não sabe
- (c) não responde

38. **Atualmente o (a) senhor (a) mora:**

- (a) sozinho
- (b) com cônjuge /companheiro (a)
- (c) com companheiro (a) e filho(s)
- (d) com filho(s)
- (e) com filho(s) e neto(s)

39. **Atualmente o (a) senhor (a) mora:**

- (a) com companheiro (a), filho(s) e neto(s)
- (b) com parentes (irmãos, tios, sobrinhos)
- (c) com pessoas não parentas (amigos, conhecidos)
- (d) com pais e/ou sogros
- (e) com netos

40. **Atualmente o (a) senhor (a) mora:**

- (a) com empregada
- (b) com profissional de enfermagem
- (c) outros
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

41. **Como são suas relações familiares?**

- (a) satisfatórias
- (b) insatisfatórias
- (c) não mantém relações familiares
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

42. **O(a) senhor(a) recebe alguma ajuda?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) não recebe
- (b) sim, dinheiro
- (c) sim, vestuário
- (d) sim, saúde
- (e) sim, habitação

43. **O(a) senhor(a) recebe alguma ajuda?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) sim, alimentação
- (b) sim, remédios
- (c) sim, cuidados pessoais.
- (d) outros
- (e) não sabe/não respondeu

44. **De quem recebe ajuda / auxílio?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) cônjuge /companheiro
- (b) filho (a) ou filhos (as)
- (c) neto (a) ou netos (as)
- (d) Parentes
- (e) Amigos

45 **De quem recebe ajuda / auxílio? (ESCOLHA MÚLTIPLA)**

- (a) Vizinhos
- (b) Outros
- (c) não recebe
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

D. OCUPAÇÃO

46. **Qual foi a sua principal ocupação, durante a maior parte de sua vida?**

ANOTAR: _____

- (a) proprietário
- (b) administrador, gerente
- (c) profissional de nível superior universitário.
- (d) funções de escritório: corretor, contador, secretário, datilógrafo, auxiliar de escritório, caixa.
- (e) trabalhador especializado (técnico): indivíduo que possui curso técnico de nível médio

47. **Qual foi a sua principal ocupação, durante a maior parte de sua vida?**

- (a) trabalhador semi-especializado: mecânico, eletricista, armadores, soldadores, choferes, técnicos de indústria de transformação e construção civil, cabeleireiros.
- (b) trabalhador não-especializado: pedreiros, lixeiros, serventes, empregados domésticos, estivadores, pescadores, operadores de Maquinas, vendedores ambulantes, policiais (sem treinamento técnico), vendedores-frentistas de postos de gasolina, Office - boy, vigias, guarda noturnos.
- (c) indivíduos fora da PEA: donas de casa, estudantes, pensionistas, aposentados, desempregados e doentes.
- (d) não sabe
- (e) não respondeu:

48. **Vincular com os setores econômicos**

- (a) Agrícola: agropecuária, extração vegetal e pesca.
- (b) Indústria de transformação: metalurgia, metal. Mecânica, ind.móveis, papel e celulose, md. Couros e peles, md. Vestuário e sapatos, md. Química, md. Plásticos, farmacêuticos e prod. veterinários, petróleo, têxteis, editorial e gráfica.
- (c) Indústria da construção civil
- (d) Outras atividades industriais: extração mineral, serviços industriais de utilidade pública (energia elétrica, abastecimento de Água e serviços de esgoto /saneamento limpeza publica e remoção de lixo).
- (e) Comércio de mercadorias: supermercados, armazéns,

feiras-livres, casas de departamentos, comércio atacadista, açougues, postos de gasolina, comércio de material usado e ferro-velho, garrafeiros e papeleiros

49 Vincular com os setores econômicos

(a) Serviços: alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares etc.), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de prédios e estiva.

(b) Serviços auxiliares de atividades econômicas: bancos, financeiras, seguradoras, imobiliárias, cartórios, contadores e serviços jurídicos.

(c) Transportes e comunicações: transporte de passageiros, transportes de carga, correios, telecomunicações, imprensa geral.

(d) Social: atividades comunitárias e sociais (seguridade social, sindicatos, assistência social), serviços médicos e odontológicos (públicos e privados), ensino, hospitais, igrejas.

(e) Administração pública: serviços administrativos federais, estaduais, municipais, entidades públicas, legislativo, justiça, serviço de segurança pública (Exército, Marinha, Aeronáutica, Polícia e Bombeiros)

50. Vincular com os setores econômicos

(a) Outras atividades ou setores não classificados anteriormente

(b) Indivíduos fora da População Economicamente Ativa: donas de casa, pensionistas, aposentados sem outra ocupação, estudantes, desempregados

(c) não sabe

(d) não respondeu

51. Qual a sua principal ocupação atual?

ANOTAR: _____

(a) proprietário

(b) administrador, gerente

(c) profissional de nível superior universitário

(d) funções de escritório: corretor, contador, secretário, datilógrafo, auxiliar de escritório, caixa.

(e) trabalhador especializado (técnico): indivíduo que possui curso técnico de nível médio

52 Qual a sua principal ocupação atual?

(a) trabalhador semi-especializado: mecânico, eletricista, armadores, soldadores, choferes, técnicos de indústria de transformação e construção civil, cabeleiros.

(b) trabalhador não especializado: pedreiros, lixeiros, serventes, empregados domésticos, estivadores, pescadores, operadores de máquinas, vendedores ambulantes, policiais (sem treinamento técnico), vendedores, frentistas de postos de gasolina, office-boys, vigias, guardas-noturnos

(c) indivíduos fora da PEA: donas de casa, estudantes, pensionistas, aposentados, desempregados e doentes.

(d) não sabe/não respondeu

53. Vincular com os setores econômicos

(a) Agrícola: agropecuária, extração vegetal pesca.

(b) Indústria de transformação: metalurgia, ind.mecânica, ind.móveis, ind.papel e celulose, ind.couros e peles, md. vestuário e sapatos, md. química, md. plásticos, farmacêuticos e prod. veterinários, petróleo, têxteis, editorial e gráfica.

(c) Indústria da construção civil.

(d) Outras atividades industriais: extração mineral, serviços industriais de utilidade pública (energia elétrica, abastecimento de água e serviços de esgoto / saneamento, limpeza pública e remoção de lixo).

(e) Comércio de mercadorias: supermercados, armazéns, feiras livres, casas de departamentos, comércio atacadista, açougues, postos de gasolina, comércio de material usado e ferro-velho, garrafeiros e papeleiros.

54. Vincular com os setores econômicos

(a) Serviços: alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares etc), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de prédios e estiva.

(b) Serviços auxiliares de atividades econômicas: bancos, financeiras, seguradoras, imobiliárias, cartórios, contadores e serviços jurídicos.

(c) Transportes e comunicações: transporte de passageiros, transportes de carga, correios, telecomunicações, imprensa geral.

(d) Social: atividades comunitárias e sociais (seguridade social, sindicato, assistência social), serviços médicos e odontológicos (públicos e privados), ensino, hospitais, igrejas.

(e) Administração pública: serviços administrativos federais, estaduais, municipais, entidades públicas, legislativo, justiça, serviço de segurança pública (Exército, marinha, Aeronáutica, Polícia e Bombeiros).

55. Vincular com os setores econômicos

(a) Outras atividades ou setores não classificados anteriormente.

(b) Indivíduos fora da PEA: donas de casa, pensionistas, aposentados sem outra ocupação, estudantes, desempregados.

(c) não sabe.

(d) não respondeu.

56. Com que idade 0(a) senhor (a) começou a trabalhar em atividade remunerada? _____ em anos completos

(a) menos de 10 anos

(b) de 11 a 14 anos

(c) de 15 a 18 anos.

(d) de 19 a 22anos

(e) acima de 23 anos.

57. Com que idade 0(a) senhor (a) começou a trabalhar em atividade remunerada? _____ em anos completos

(a) não sabe.

(b) não respondeu.

(c) não se aplica.

58. O (o) senhor (a) está aposentado?

(a) sim

(b) não

59. Com que idade se aposentou? (EM ANOS COMPLETOS)

(a) menos de 40 anos

(b) de 41 a 44 anos

(c) de 45 a 48 anos

(d) de 49 a 52 anos

(e) de 53 a 56 anos

60. **Com que idade se aposentou? (EM ANOS COMPLETOS)**

(a) de 57 a 60 anos

(b) de 61 a 61 anos

(c) de 65 a 68 anos

(d) acima de 69 anos

(e) não se aposentou

61. **Com que idade se aposentou? (EM ANOS COMPLETOS)**

(a) não sabe

(b) (b) não respondeu

62.. **Qual o motivo de sua aposentadoria?**

(a) tempo de serviço.

(b) idade.

(c) problemas de saúde.

(d) acidente.

(e) aposentadoria especial.

63. **Qual o motivo de sua aposentadoria?**

(a) não está aposentado

(b) outros.

(c) não sabe.

(d) não respondeu

64.. **O que o(a) senhor(a) faz atualmente?**

(a) trabalho doméstico.

(b) trabalho eventual.

(c) trabalho voluntário.

(d) trabalho remunerado com carteira profissional.

(e) trabalho remunerado sem carteira profissional.

65. **O que o(a) senhor(a) faz atualmente?**

(a) empregador.

(b) autônomo.

(c) pequenos serviços não-remunerados.

(d) não se aplica.

(e) outros.

66. **O que o(a) senhor(a) faz atualmente?**

(a) não sabe.

(b) não respondeu.

E. RENDA

67. **Qual a sua última renda mensal?R\$ [_ , 00]**

(a) 1 salário mínimo

(b) um salário. 2 salários mínimos

(c) dois salários. 3 salários mínimos

(d) 3 salários. 4 salários mínimos

(e) 4 salários. 5 salários mínimos

68 **Qual a sua última renda mensal?R\$[_ , 00]**

(a) 5 salários. 6 salários mínimos

(b) 6 salários. 7 salários mínimos

(c) 7 salários. 8 salários mínimos

(d) 8 salários. 9 salários mínimos

(e) 9 salários mínimos ou mais.

69. **Qual a sua última renda mensal? REAL \$ [_ , 00]**

(a) não tem renda própria.

(b) não sabe.

(c) não respondeu.

70. **Qual a origem da sua renda? (ESCOLHA MULTIPLA)**

(a) aposentadoria

(b) salários

(c) aluguel

(d) poupança

(e) pensão

71. **Qual a origem da sua renda? (ESCOLHA MULTIPLA)**

(a) serviços eventuais

(b) serviços permanentes

(c) abono permanência

(d) outros

(e) não se aplica/não sabe

72. **Qual sua principal fonte de renda?**

(a) aposentadoria

(b) salário

(c) aluguel

(d) poupança

(e) pensão

73. **Qual sua principal fonte de renda?**

(a) serviços eventuais

(b) abono permanência

(c) aposentadoria e pensão

(d) outros

(e) não se aplica

74. **Qual sua principal fonte de renda?**

(a) não sabe

(b) não respondeu

75. **Da sua renda, qual a sua principal despesa.**

(a) saúde

(b) habitação.

(c) ajuda familiar.

(d) remédios.

(e) vestuário.

76. **Da sua renda, qual a sua principal despesa.**

(a) outros.

(b) não se aplica.

(c) não sabe.

(d) não respondeu.

77. **Qual a renda mensal de sua família?R\$[_ , 00]**

(a) 1 salário mínimo

(b) 1 salário 2 salários mínimos

(c) 2 salários 3 salários mínimos

(d) 3 salários 4 salários mínimos

(e) 4 salários 5 salários mínimos

78. **Qual a renda mensal de sua família? R\$ [_ ,00]**

(a) 5 salários 6 salários mínimos

(b) 6 salários 7 salários mínimos

(c) 7 salários 8 salários mínimos

(d) 8 salários 9 salários mínimos

(e) 9 salários mínimos ou mais.

79. **Qual a renda mensal de sua família? R\$ [_ ,00]**

(a) não tem renda própria.

(b) não sabe.

(c) não respondeu

(d) não se aplica.

80. **Quantas pessoas vivem desta renda?** [_ _ _]

- (a) 1 pessoa (idoso só).
- (b) 2 pessoas.
- (c) 3 pessoas.
- (d) 4 pessoas.
- (e) 5 pessoas.

81. **Quantas pessoas vivem desta renda?** [_ _]

- (a) seis pessoas.
- (b) (7 ou mais).
- (c) não sabe.
- (d) não respondeu

82. **Qual sua participação econômica no núcleo familiar?**

- (a) único responsável
- (b) major responsável
- (c) divide responsabilidades
- (d) sem participação
- (e) outros

83. **Qual sua participação econômica no núcleo familiar?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

F. ASPECTOS SOCIO-CULTURAIS

84. **Como o (a) senhor (a) ocupa seu tempo livre?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) assiste televisão.
- (b) conversa com amigos.
- (c) ouve rádio.
- (d) lê (jornais, revistas e livros).
- (e) ouve música.

85. **Como o (a) senhor (a) ocupa seu tempo livre?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) faz trabalhos manuais (crochê tricô, etc).
- (b) realiza atividades físicas.
- (c) participa de atividades sócio-recreativas (passeios, visitas, bailes, etc.)
- (d) nenhuma atividade.
- (e) outros.

86. **Como o (a) senhor (a) ocupa seu tempo livre?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA)

- (a) não sabe.
- (b) não respondeu.

87. **Como o(a) Senhor (a) gostaria de ocupar seu tempo livre?**

88. **Participa de alguma atividade associativa?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA).

- (a) Associação cultural
- (b) Associação esportiva
- (c) Associação recreativa
- (d) Associação religiosa.
- (e) Associação assistencial / caritativa.

89. **Participa de alguma atividade associativa?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA).

(a) Associações comunitárias

(b) Associação sindical.

(c) Associação política.

(d) Outros.

(e) Não participa.

90. **Participa de alguma atividade associativa?**

(ESCOLHA MÚLTIPLA).

- (a) Não sabe.
- (b) Não respondeu.

91. **Qual a sua religião?**

ANOTAR: _____

(a) católica (romana, ortodoxa e brasileira)

(b) evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová, outras).

(c) espírita (Kardecista).

(d) judaica (israelita).

(e) afro-brasileira (umbanda, candomblé).

92. **Qual a sua religião?**

(a) outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc).

(b) nenhuma

(c) não sabe

(d) não respondeu.

93. **É praticante de sua religião.**

(a) não.

(b) sim.

94. **Acredita que, com o passar dos anos, o (a) senhor (a).**

(a) ficou mais religioso.

(b) ficou menos religioso.

(c) não mudou em relação à religiosidade.

(d) não sabe.

(e) não respondeu.

G. ENVELHECIMENTO

95. **Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa.**

(a) a alimentação adequada.

(b) o destino.

(c) a vida organizada.

(d) o trabalho.

(e) a ocupação

96. **Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa.**

(a) os hábitos saudáveis.

(b) gostar de viver.

(c) outros - anotar.

(d) não sabe.

(e) não respondeu.

97. **Na impossibilidade de viver só ou com a família, o (a) senhor (a) gostaria de viver:**

(a) com amigos

(b) com parentes

(c) em casa comum com amigos

(d) em casa geriátrica

(e) em hospital

98. **Na impossibilidade de viver só ou com a família, o (a) senhor(a) gostaria de viver:**

- (a) outros anotar:
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

99. **Para o (a) senhor (a), o que é mais importante na vida?**

- (a) dinheiro
- (b) educação
- (c) família
- (d) trabalho
- (e) religião

100. **Para o (a) senhor (a), o que é mais importante na vida?**

- (a) lazer
- (b) respeito
- (c) segurança
- (d) valorização
- (e) amor

101. **Para o (a) senhor (a), o que é mais importante na vida?**

- (a) saúde
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

102. **Qual o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:**

- (a) corrupção dos políticos
- (b) falta de assistência à saúde
- (c) crianças marginalizadas
- (d) crise dos valores religiosos
- (e) crise dos valores éticos

103. **Qual o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:**

- (a) crise de família
- (b) Desemprego
- (c) alcoolismo e droga
- (d) concentração de renda
- (e) destruição dos recursos e do ambiente natural

104. **Qual o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:**

- (a) criminalidade, violência e corrupção.
- (b) política educacional inadequada
- (c) incompetência do Governo
- (d) Inflação
- (e) não sabe/não respondeu

H. SEXUALIDADE

105. **O (a) senhor (a) manifesta sua afetividade através de:**

- (a) companheirismo
- (b) atenções e cuidados
- (c) carinhos
- (d) conversas
- (e) presentes

106. **O (a) senhor (a) manifesta sua afetividade através de:**

- (a) outros
- (b) não sabe

(c) não respondeu

107. **O (a) senhor (a) canaliza sua afetividade maior para:**

- (a) cônjuge /companheiro
- (b) seus amigos
- (c) seus filhos
- (d) seus netos
- (e) seus familiares

108. **O (a) senhor (a) canaliza sua afetividade maior para:**

- (a) outros
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

109. **Sua sexualidade se manifesta através de:**

- (a) atenções especiais
- (b) carinhos e toques
- (c) relações sexuais
- (d) outras
- (e) não sabe/ não respondeu

110. **Observa mudanças na forma de manifestar sua sexualidade?**

- (a) não
- (b) sim
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

111. **A que se deve(m) a(s) mudança(s) na manifestação da sexualidade?**

- (a) doença
- (b) perda de interesse
- (c) idade
- (d) diminuição do afeto
- (e) perda do companheiro

112. **A que se deve(m) a(s) mudança(s) na manifestação da sexualidade?**

- (a) falta de diálogo
- (b) menopausa
- (c) preconceitos
- (d) novos relacionamentos
- (e) superação de preconceitos

113. **A que se deve(m) a(s) mudança(s) na manifestação da sexualidade?**

- (a) aumento de afeto
- (b) maiores esclarecimentos
- (c) aumento do interesse
- (d) outros _____
- (e) não sabe

114. **A que se deve(m) a(s) mudança(s) na manifestação da sexualidade?**

- (a) não observa mudanças
- (b) não respondeu

115. **Em sua opinião, o sexo na velhice é:**

- (a) muito importante
- (b) natural
- (c) necessário
- (d) menos intenso

(e) desnecessário

116. **Em sua opinião, o sexo na velhice é:**

- (a) indiferente
- (b) igual às outras idades
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

I. SAÚDE

117. **Em geral diria que sua saúde é:**

- (a) ótima
- (b) boa
- (c) regular
- (d) má
- (e) péssima

118. **Em geral diria que sua saúde é:**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

119. **O (a) senhor (a) consultou o médico nos últimos seis meses?**

- (a) sim
- (b) não
- (c) não se aplica
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

120. **Em que local consultou a última vez?**

- (a) Posto de saúde do bairro
- (b) Outro posto de saúde
- (c) Pronto socorro
- (d) Consultório médico particular
- (e) Consultório médico INAMPS, IPE ou SUS.

121. **Em que local consultou a última vez?**

- (a) Consultório médico, outros convênios.
- (b) Ambulatório de hospital
- (c) Ambulatório de faculdade
- (d) Ambulatório sindicato/empresa
- (e) Ambulatório INAMPS ou Centro de Saúde, SUS

122. **Em que local consultou a última vez?**

- (a) Ambulatório policlínica ou medicina de grupo
- (b) Em casa (atendimento domiciliar)
- (c) outro
- (d) não sabe
- (e) não respondeu/não se aplica

123. **Nesta ocasião, o(a) senhor(a) recebeu receita e/ou orientação médica?**

- (a) sim
- (b) não
- (c) não se aplica
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

124. **Caso tenha recebido prescrição (receitas), como conseguiu os medicamentos?**

- (a) comprou
- (b) ganhou
- (c) não conseguiu a medicação
- (d) não se aplica
- (e) não sabe/ não respondeu

125. **Sentiu-se satisfeito com o ótimo atendimento recebido?**

- (a) sim
- (b) não
- (c) sabe
- (d) não respondeu

126. **No último ano, internou-se em algum hospital?**

- (a) sim, uma vez
- (b) sim, duas vezes
- (c) sim, três vezes
- (d) sim, mais de três vezes
- (e) não

127. **No último ano, internou-se em algum hospital?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

128. **Nos últimos três meses, praticou algum tipo de atividade física regular?**

- (a) sim, uma vez /semana.
- (b) sim, duas vezes /semana.
- (c) sim, três vezes /semana.
- (d) sim, mais de três vezes /semana.
- (e) não praticou

129. **Nos últimos três meses, praticou algum tipo de atividade física regular?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

130. **Qual a atividade física realizada?**

- (a) caminhar
- (b) pedalar (bicicleta)
- (c) nadar
- (d) fazer ginástica
- (e) outra

131. **Qual a atividade física realizada?**

- (a) não se aplica
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

132. **Qual o número de refeições que realiza por dia?**

- (a) uma
- (b) duas
- (c) três
- (d) quatro
- (e) cinco

133. **Qual o número de refeições que realiza por dia?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

134.

. Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de reumatismo nas articulações ou artrose em tratamento?

- (a) sim, com receita médica ou orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

135.. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de bronquite com tosse e expectoração (catarro) em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica ou orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

136. **O (a) senhor (a) nos últimos seis meses, fez tratamento para pressão alta?**

- (a) sim com receita médica ou orientação
- (b) sim sem receita médica e com orientação
- (c) sim sem receita médica e sem orientação
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

137. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de coração (angina, isquemia, infarto) em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica ou orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) esteve hospitalizado pela doença
- (e) não

138. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de coração (angina, isquemia, infarto) em tratamento?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

139.. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de varizes em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica ou orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

140. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de diabetes (açúcar no sangue) em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica ou orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

141. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de derrame, isquemia ou trombose cerebral em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica ou orientação
- (b) sim, sem receita médica e com orientação
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

142. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de doença de pele em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação
- (b) sim, sem receita médica e com orientação
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação

- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

143. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de doença da coluna em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação
- (b) sim, sem receita médica e com orientação
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

144.. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de gastrite ou úlcera em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

145. **O(a) senhor(a) nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de infecção urinária (infecção na bexiga) em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

146. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de pneumonia (pontada) em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

147. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de doença nos rins em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica ou orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

148. **(PARA MULHERES) A senhora consultou com ginecologista depois da menopausa?**

- (a) sim
- (b) não
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

149. **(PARA HOMENS) O senhor, nos últimos seis meses, tem ou teve problema de próstata em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

150. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de osteoporose (enfraquecimento dos ossos) em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

151. **Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de câncer em tratamento?**

- (a) sim, com receita médica e com orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
- (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (d) não
- (e) não sabe/ não respondeu

152. **Nos últimos seis meses, tem ou teve algum outro problema em tratamento?**

- ESPECIFICAR:** _____ (a) sim, com receita médica e com orientação.
- (b) sim, sem receita médica e com orientação.
 - (c) sim, sem receita médica e sem orientação.
 - (d) não
 - (e) não sabe/ não respondeu

153. **Como diria que está sua visão no momento?**

- (a) cega
- (b) péssima
- (c) ruim
- (d) regular
- (e) boa

154. **Como diria que está sua visão no momento?**

- (a) excelente
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

155. **A que atribui sua falta de visão?**

- (a) falta ou problema de óculos
- (b) catarata
- (c) glaucoma
- (d) diabetes
- (e) pressão alta

156. **A que atribui sua falta de visão?**

- (a) idade
- (b) falta de dinheiro para tratamento
- (c) outro motivo
- (d) não se aplica
- (e) não sabe/não respondeu

157. **Como diria que está sua audição no momento?**

- (a) surdo total
- (b) ouve com muita dificuldade
- (c) ouve com dificuldade
- (d) ouve com alguma dificuldade (mínima)
- (e) sem problemas

158. **Como diria que está sua audição no momento?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

159. **A que o (a) senhor (a) atribui a sua dificuldade de audição?**

- (a) idade
- (b) doença do ouvido
- (c) falta de aparelho
- (d) falta de dinheiro para tratamento
- (e) outro motivo

160. **A que o (a) senhor (a) atribui a sua dificuldade de audição?**

- (a) não se aplica
- (b) não sabe
- (c) não respondeu

161. **O(a) senhor(a) costuma ter dificuldade para mastigar?**

- (a) nunca
- (b) raramente
- (c) freqüentemente
- (d) sempre
- (e) não sabe/ não respondeu

162. **Para movimentar-se:**

- (a) caminha sem problema, inclusive sobe escadas.
- (b) caminha, mas não sobe escadas ou meio fio.
- (c) caminha, sob supervisão.
- (d) caminha, com meios artificiais, sem supervisão.
- (e) caminha com meios artificiais, com supervisão.

163. **Para movimentar-se:**

- (a) desloca-se em cadeira de rodas, geralmente sem auxílio.
- (b) desloca-se em cadeira de rodas, com auxílio.
- (c) restrito ao leito ou a cadeira
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

164. **Qual a causa de sua dificuldade de movimentação?**

- (a) derrame cerebral
- (b) distúrbios da visão
- (c) reumatismo articular
- (d) queda com fratura
- (e) acidente de trânsito

165. **Qual a causa de sua dificuldade de movimentação?**

- (a) mal de Parkinson
- (b) vertigem
- (c) falta de interesse ou recusa a movimentar-se
- (d) outra
- (e) não se aplica

166. **Qual a causa de sua dificuldade de movimentação?**

- (a) não sabe
- (b) não respondeu

167. **Apresentou fraturas após os 50 anos sem ter sido por acidente de trânsito?**

- (a) mão
- (b) punho
- (c) fêmur
- (d) costelas
- (e) pés

168. **Apresentou fraturas após os 50 anos sem ter sido por acidente de trânsito?**

- (a) outros
- (b) não
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

169. **Necessita diretamente de ajuda de algum destes aparelhos relacionados?**

- (a) óculos ou lentes de contato
- (b) aparelho auditivo
- (c) prótese dentária
- (d) muleta
- (e) bengala

170. **Necessita diretamente de ajuda de algum destes aparelhos relacionados?**

- (a) membro artificial
- (b) colostomia /cateter
- (c) outros
- (d) não necessita
- (e) não sabe/ não respondeu

171. **Em relação à urina e fezes:**

- (a) controla normalmente
- (b) controla com dificuldade
- (c) não controla
- (d) não sabe
- (e) não respondeu

J. VIDA DE RELAÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

172. **O(a) Sr.(a) necessita auxílio para realizar as atividades de casa (limpeza, manutenção, preparo de refeições...)?**

- (a) não
- (b) sim
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

173. **Necessita de auxílio para tomar seus remédios?**

- (a) não
- (b) sim
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

174. **Necessita de auxílio para realizar sua higiene (banhar-se, pentear-se, vestir-se, cortar unhas, etc..)?**

- (a) não
- (b) sim
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

175. **Necessita de auxílio para alimentar-se?**

- (a) não
- (b) sim
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

176. **Necessita de auxílio para movimentar-se (sentar, levantar, deitar, andar, subir escadas.)?**

- (a) não
- (b) sim
- (c) não sabe
- (d) não respondeu

FUMO E ALCOOL

RESPONDA AS QUESTOES SOBRE USO DE ALCOOL OU TABACO COM SIM OU NÃO, CONFORME LHE PAREÇA ADEQUADO.

177. **Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que o(a) senhor(a) estava bebendo demasiadamente?**

- (a) não
- (b) sim

178. **Alguma vez tentou deixar de beber, mas não conseguiu?**

- (a) não
- (b) sim

179. **0(a) senhor(a) teve dificuldades no trabalho por causa da bebida, tais como beber ou faltar ao trabalho ou estudo?**

- (a) não
- (b) sim

180. **O(a) senhor(a) tem-se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?**

- (a) não
- (b) sim

181. **Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo demasiadamente?**

- (a) não
- (b) sim

182. **0(a) senhor(a) tem o habito de usar tabaco?**

- (a) não
- (b) sim

K. AREA PSICOGERIATRICA

RESPONDA AS QUESTOES COM SIM OU NÃO, SEGUNDO LHE PAREÇA ADEQUADO. NÃO HÁ QUESTÕES CERTAS OU ERRADAS, E SIM SITUAÇÕES QUE PODEM OU NÃO OCORRER COM O (A) SENHOR (A).

183. **O (a) senhor (a) acorda bem e descansado na maioria das manhãs?**

- (a) não
- (b) sim

184. **Sua vida diria é cheia de acontecimentos interessantes?**

- (a) não
- (b) sim

185. **O(a) senhor(a) já teve, por vezes, vontade de abandonar o lar?**

- (a) não
- (b) sim

186. **O (a) senhor (a) tem muito frequentemente a sensação de que ninguém realmente o (a) entende?**

- (a) não
- (b) sim

187. **O (a) senhor (a) já teve períodos (dias, meses, anos) em que não pode tomar conta de nada porque, na verdade, já não estava agüentando mais?**

- (a) não
- (b) sim

188. **Seu sono ó agitado ou conturbado?**

- (a) não
- (b) sim

189. **0(a) senhor(a) é feliz na maior parte do tempo?**

- (a) não
- (b) sim

190. **Sente que o mundo ou as pessoas estão contra o (a) senhor (a)?**

- (a) não
- (b) sim

191. **0(a) senhor(a) se sente, por vezes, inútil?**

- (a) não
- (b) sim

192. **Nos últimos anos, tem-se sentido bem durante a maior parte do tempo?**

- (a) não
- (b) sim

193. **Tem problemas de dores de cabeça?**

- (a) não
- (b) sim

194. **0(a) senhor(a) se sente fraco(a) durante a maior parte do tempo?**

- (a) não
- (b) sim

**AGRADEÇA O ENTREVISTADO, CONFIRME
ENDEREÇO, TELEFONE E E-MAIL
PARA CONTATOS E REITERE O CONVITE PARA A
SEGUNDA ETAPA
RELATIVA A AVALIAÇÃO CLÍNICA
ENCERRANDO CORDIALMENTE A ENTREVIST**

ANEXO B**QUESTIONÁRIO DE PERFIL DO FAMILIAR CUIDADOR VERANÓPOLIS – RS**

PARTE I – CUIDADOR PRINCIPAL (auto-nominado pela própria família: porque cuida, é responsável e toma decisões pelo idoso cuidado)

Nome do cuidador:

Identificação

1. Sexo:

- (1) masculino
- (2) feminino

2. Qual é atualmente seu estado conjugal?

- (1) casado/morando junto – Há quanto tempo, em sua união/ casamento? _____ anos.
- (2) viúvo(a) – Há quanto tempo, em sua última viuvez? _____ anos.
- (3) divorciado(a)/separado(a) – Há quanto tempo nesta última separação? _____ anos.
- (4) solteiro/a

3. Qual é sua idade? _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

4. Tem religião?

- (1) Sim
- (2) Não (passe para a questão 6)

5. Se sim, qual é a sua religião? _____ É praticante?

- (1) Sim
- (2) Não

6. Qual é sua escolaridade máxima?

- (1) nenhuma
- (2) primária ou até 4ª série
- (3) ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)
- (4) ginásio ou 1º grau completo (8 anos)
- (5) 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade e outros)
- (6) 2º grau completo
- (7) superior (faculdade) incompleto
- (8) superior (faculdade) completo
- (9) outra. Especificar: _____.

7. Trabalha fora como ocupação remunerada atualmente?

- (1) sim
- (2) não (passe para a questão 12.)
- (3) aposentado/pensionista (passe para a questão 12.)

8. Qual a sua profissão/ocupação? _____
9. Onde trabalha? _____.
10. Quantas horas semanais trabalha? _____.
11. Qual é o turno de trabalho?
- (1) diurno
 - (2) noturno
 - (3) outros. Especifique _____
12. Quantos filhos(as) tem?
- (1) _____ filhos, _____ filhas. Total _____.
 - (2) nenhum
13. Quantos filhos/netos ou outros dependentes tem além do (da) idoso (a) que você cuida? _____.
14. O(a) idoso(a) sendo cuidado(a) mora com o(a) Sr.(a)?
- (1) sim
 - (2) não
15. Qual é o **seu** parentesco com o(a) idoso(a) que o(a) Sr.(a) cuida?
- (1) cônjuge/ companheiro(a)
 - (2) filha
 - (3) filho
 - (4) neta
 - (5) neto
 - (6) irmã
 - (7) irmão
 - (8) sobrinha(o)
 - (9) outro. Especifique _____.
16. De quem é a casa onde mora o(a) idoso(a) sendo cuidado(a)?
- (1) do próprio cuidador
 - (2) do idoso sendo cuidado
 - (3) de outros familiares
 - (4) alugada
 - (5) usufruto do idoso
 - (6) outros. Especifique _____.

Estado de Saúde do familiar cuidador

17. Em geral o(a) Sr.(a), como cuidador(a), diria que a **sua** saúde está:
- (1) ótima
 - (2) boa
 - (3) regular

- (4) ruim
(5) péssima

18. Em comparação com os 5 últimos anos o(a) Sr.(a) diria que a **sua** saúde hoje está:

- (1) melhor
(2) mesma coisa
(3) pio

19. Em comparação com as outras pessoas de sua idade o(a) Sr.(a) diria que a **sua** saúde está:

- (1) melhor
(2) igual
(3) pior

20. Atualmente o(a) Sr.(a) está com algum problema de saúde? Quais e há quanto tempo?

_____ há _____ anos e meses
 _____ há _____ anos e meses
 _____ há _____ anos e meses
 _____ há _____ anos e meses

21. Faz tratamento dos seus problemas de saúde?

- (1) não. Por que? _____
(2) sim

22. Onde costuma fazer os tratamentos de seus problemas de saúde?

- (1) centro ou posto de saúde/hospital público(SUS)
(2) plano de saúde especifique _____
(3) serviços particulares, tais como: _____
(4) outros. Especifique _____

23. Qualidade de vida (aplicar o WHOQOL Breve)

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

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

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

		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida Sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de Transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

27-O que é para o(a) Sr(a) ter qualidade de vida ou não ter qualidade de vida? E como é sua qualidade de vida?

PARTE III – O PROCESSO DO CUIDADO (a ser respondido pelo familiar cuidador)

35. Que tipo de ajuda ou cuidado o(a) Sr.(a) presta ao Sr.(a)(nome do idoso)_____?

- (1) cuidados pessoais (ajudas no banho, no vestir a roupa, no alimentar-se, no caminhar, acomodar-se na cama, etc)
- (2) ajuda em tarefas domésticas (cozinhar, lavar, passar, fazer faxina, fazer compras, etc)
- (3) ajuda na administração financeira (pagar contas, fazer compras, sair com o(a) idoso(a) para distrair-se, passar o fim de semana juntos, acompanhar para ir ao médico, etc).

36. Além de cuidar do(a) Sr.(a)(nome)_____, ainda cuida de outras pessoas dependentes em sua família?

- (1) não
- (2) sim. Quem são e que tipo de ajuda dá? _____

37. Como o(a) Sr.(a) cuida do(a) Sr.(a)(nome idoso) _____?

- (1) de modo permanente
- (2) em um turno fixo do dia
- (3) em dias fixos da semana
- (4) de outro modo. Especifique _____

38. O(a) Sr.(a) cuida do(a) Sr.(a)(nome do idoso) _____ com a ajuda de outros cuidadores?
- (1) sou o(a) único(a) cuidador(a)
 - (2) tenho familiares que me ajudam (passar para questão 40)
 - (3) tenho pessoa contratada para ajudar a cuidar. Especificar _____
 - (4) outros. Especificar _____
39. No caso de ser o(a) único(a) cuidador(a) familiar, quais são as razões para que outros familiares não o(a) ajudem? _____
40. Se recebe ajuda, quais são os familiares que realmente ajudam a cuidar do(a) idoso(a)? (Q3_11)
- (1) cônjuge do(a) idoso(a) cuidado(a)
 - (2) cônjuge do (a) cuidador(a)
 - (3) filha do(a) cuidador(a)
 - (4) filho do(a) cuidador(a)
 - (5) cunhada do(a) cuidador(a)
 - (6) irmãos do idoso(a)
 - (7) outros familiares de mesma geração do idoso
 - (8) outros familiares de gerações descendentes
 - (9) outros. Quais? _____
41. Há quanto tempo vem prestando cuidados ao Sr(a) (nome idoso) _____?
- (1) menos de um ano
 - (2) de um para dois anos
 - (3) de três para cinco anos
 - (4) de seis para dez anos
 - (5) mais de dez anos
42. Em média, quanto tempo o(a) Sr.(a) dedica de cuidados, a cada dia?
- (1) menos de 1 hora
 - (2) de 1 a 2 horas
 - (3) de 3 a 5 horas
 - (4) mais de 5 horas
43. O que fez o(a) Sr.(a) se tornar o cuidador principal do(a) Sr.(a)(nome do idoso) _____?
- (1) porque o(a) idoso(a) pediu
 - (2) por minha iniciativa
 - (3) por decisão familiar
 - (4) porque era a única pessoa que poderia cuidá-lo(a)
 - (5) outra razão. Qual? _____
44. Vou ler uma série de comportamentos que uma pessoa idosa pode ter. Poderia dizer-me se normalmente acontece com o(a) idoso(a) que o(a) Sr.(a) cuida?

45. Agora poderia me dizer quanto te incomoda, molesta ou aborrece ter que agüentar tais comportamentos do(a) Sr.(a) (nome)?

Agora vou ler um de cada vez, e você vai me respondendo. Nota ao pesquisador: Colocar **X** nas respostas dadas.

COMPORTAMENTOS	p.44			p. 45			
	sim	não	não sei	muito	bastante	pouco	nada
Não consegue achar as coisas							
Junta coisas inúteis							
Come o que não deve							
Não se importa com limpeza							
Repete continuamente as mesmas histórias							
Não gosta de tomar banho							
Tem alterações de sono							
Se esquece de fazer coisas rotineiras, como tomar remédio							
Quer ficar sempre no quarto escuro							
Se perde na rua ou dependências da casa							
É agressivo(a) verbalmente com os outros							
É agressivo(a) fisicamente com os outros							
Não quer sair de casa							
Se suja na roupa com urina e fezes							
Se veste com roupas coloridas demais para a sua idade							
Não diz coisa com coisa							
Só se queixa de sua situação							
Vive chorando							
Toma medicamentos por conta própria							
Vive caindo e acidentando-se							
Não quer sair da frente da TV							

Obs. _____

46. Com que freqüência (sempre, bastante, às vezes, nunca) o(a) Sr.(a) **tem que ajudar** o(a) Sr.(a) (nome) _____ a fazer as atividades do dia a dia, que vou ler para você?

47. Poderia agora, dizer-me o quanto (muito, bastante, pouco, nada) te incomoda , te molesta, ou te aborrece ter que fazer essas tarefas de ajuda para o(a) Sr.(a)(nome do idoso) _____?

Agora vou ler um de cada vez, e você vai me respondendo. Nota ao pesquisador: Colocar **X** nas respostas dadas.

ATIVIDADES DO DIA A DIA	p. 46				p. 47			
	sempre	Muito	às vezes	nunca	muito	bastante	pouco	nada
1 Tomar refeições								
2 Vestir e desvestir roupas								
3 Cuidados da própria aparência (pentear-se, barbear-se, escovação de dentes...)								
4 Caminhar/locomover-se								
5 Deslocar-se da cama, da cadeira, voltar ...								
6 Tomar banho								
7 Chegar a tempo no sanitário								
8 Trocar fraldas no caso de incontinência urinária								
9 Sair para fazer compras (alimentos, roupas...)								
10 Preparar a própria refeição								
11 Fazer limpeza e arrumação da casa								
12 Tomar a própria medicação								
13 Usar o telefone								
14 Tomar condução: ônibus, táxi, ou dirigir o próprio carro								
15 Lidar com as próprias finanças: pagamentos, assinar cheques, receber aposentadoria...								
16 Administrar (tocar) a própria vida								

Obs. _____

48. O fato de responsabilizar-se pelo cuidado de pessoa idosa pode produzir certas conseqüências no desenvolvimento normal das pessoas. Vou ler uma série de possíveis conseqüências. Diga-me quais delas acontecem com você por cuidar do(a) Sr.(a) (nome do idoso) _____?

- (1) não posso trabalhar fora
- (2) tive que deixar meu trabalho
- (3) tive que reduzir a jornada de trabalho

- (4) tive que reduzir meu tempo de lazer
- (5) não tenho podido sair de férias
- (6) não tenho podido cuidar de outras pessoas como gostaria, a exemplo de filhos, netos ...
- (7) tenho tido conflitos com o cônjuge
- (8) não tenho mais tempo para gastar com amigos(as)
- (9) não tenho tido tempo para cuidar-me
- (10) encontro-me sempre cansado(a)
- (11) sinto-me deprimido(a)
- (12) aumentaram meus problemas econômicos
- (13) sinto a minha saúde piorada
- (14) outras. Quais? _____
- (15) Não tenho sentido conseqüências que afetam minha vida.

49. O(a) Sr.(a) fala ou comenta com seus familiares próximos ou amigos, as preocupações anteriormente referidas?

- (1) sim, com freqüência
- (2) às vezes
- (3) nunca ou quase nunca
- (4) não tem família mas compartilha com amigos, vizinhos
- (5) não costuma compartilhar os problemas com ninguém

50. O(a) Sr.(a) como familiar cuidador(a) do Sr.(a) (nome do idoso) _____ costuma receber ajuda e orientação dos profissionais dos centros ou postos onde o(a) idoso(a) é atendido(a)?

- (1) não
- (2) sim.

Quais? _____

51. Independente de receber ou não ajuda e orientação profissionais quais são as tarefas mais difíceis que tem feito, ao cuidar do(a) Sr.(a) (nome do idoso) _____?

52. Que tipo de ajuda e orientação o(a) Sr (a) queria ou esperava do posto de saúde e da comunidade para cuidar de seu(a) idoso(a)?

53. Antes mesmo de começar a cuidar do(a) Sr.(a) (nome do idoso) _____, como eram as suas relações com ele (a)?

- (1) de grande intimidade e afeto
- (2) normal, conforme o vínculo familiar
- (3) distante e fria
- (4) problemática, conflituosa
- (5) outra forma. Qual? _____

54. Desde que começou a cuidar do(a) Sr.(a) (nome do idoso) _____ como as suas relações tem sido com ele(a)?

- (1) tem melhorado
- (2) tem piorado
- (3) segue igual

55. Com relação à tarefa de cuidador que o(a) Sr.(a) desempenha, diga qual é a **afirmação** que se sente identificado(a)?

- (1) considero que é para mim uma obrigação moral cuidar do idoso que cuido
- (2) não há outro remédio se não cuidar dessa pessoa
- (3) é algo que me dignifica como pessoa
- (4) minha família apóia e valoriza esse meu papel
- (5) é uma carga excessiva
- (6) a pessoa cuidada é muito agradecida e isso me gratifica
- (7) o círculo de relações sociais valoriza muito os cuidados que presto à pessoa
- (8) há muita gente de minha roda que acha que eu não deveria fazer esse sacrifício
- (9) apóio-me em minhas convicções religiosas
- (10) outras. Especifique _____

56. Quando for idoso(a) e necessitar de outra pessoa que o(a) cuide, qual seria sua preferência?

- (1) seu cônjuge
- (2) sua filha
- (3) seu filho
- (4) seus filhos(as)
- (5) outro familiar
- (6) grupo de amigos
- (7) serviços sociais profissionais
- (8) família e serviços sociais profissionais
- (9) uma pessoa ou uma instituição paga por próprios recursos
- (10) uma instituição paga pelo Estado ou obra social
- (11) outra resposta. Qual? _____

57. Que suposição faz da possibilidade de onde passar os últimos anos de sua vida quando estiver bem idoso (a)?

- (1) Em minha própria casa
- (2) Em casa de algum filho ou outro familiar
- (3) Em uma residência de idosos
- (4) Em outro lugar. Qual? _____

58. Observações do entrevistador (incluir tempo gasto na entrevista:

Datar e assinar: _____

Anexo C

Questionário de Qualidade de Vida da OMS – (WHOQOL versão abreviada)

WHOQOL-BREF

Instruções para Aplicação Assistida

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

	Nada	Muito pouco	médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parecer a melhor resposta.

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

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

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

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

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

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

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do	1	2	3	4	5

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

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


		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

27-O que é para o(a) Sr(a) ter qualidade de vida ou não ter qualidade de vida? E como é sua qualidade de vida?

ANEXO D

Aprovação CEP -PUCRS

Zuleica Regina Azevêdo



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0688/07-CEP

Porto Alegre, 25 de maio de 2007.
03/07/07

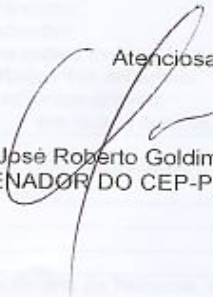
Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03758, intitulado: **"Perfil do cuidador informal de idosos dependentes no município de Veranópolis"**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Irenio Gomes da Silva Filho
N/Universidade

PUCRS Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio desta, convidá-lo a participar da seguinte pesquisa: **PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES NO MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS - RS**. Cada vez mais se faz necessário estabelecer ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e suas famílias, como também poder (re) planejar e qualificar o atendimento desta parcela da população.

O objetivo é traçar o perfil do cuidador informal de idosos dependente e do idoso segundo as características sócio-demográficas, econômicas, de saúde e de qualidade de vida. Descrever também as características sócio-econômicas, demográficas, de saúde e de qualidade de vida do cuidador de idosos; descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos que necessitam de cuidador e comparar com os idosos que não necessitam de cuidador; identificar os processos do cuidado, facilidades e dificuldades; descrever os comportamentos e as atividades de vida diárias dos idosos dependentes e de seus cuidadores.

Este trabalho será realizado através de questões fechadas e abertas, organizadas em 3 instrumentos, sendo que o Instrumento A será respondido pelo Idoso e os instrumentos B e C serão respondidos pelo cuidador principal do idoso. Ao grupo controle, será aplicado somente o Instrumento WOQOL que mede a qualidade de vida do indivíduo.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica em qualquer modificação no tratamento ou nos cuidados que estão sendo prestados ao idoso e sua família. Deve também ficar claro que o estudo resume-se em uma coleta de dados não devendo então gerar nenhum tipo de desconforto. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma forma suas atividades.

Sua participação não causará nenhum risco adicional e sua privacidade será garantida bem como poderá desistir a qualquer momento sem nenhuma repercussão na atividade. Para tanto necessitamos o seu consentimento através da assinatura do termo a seguir:

Eu,..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A pesquisadora responsável, Zuleica Regina

Aléssio (54 91783555) certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a minha pessoa são confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações. Igualmente, estou ciente que poderei contatar também com o orientador do pesquisador Dr. Irenio Gomes Da Silva Filho e do Comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica do RS 51.3320.3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

Assinatura do Idoso (a) ou cuidador

Nome

Data

Zuleica Regina Aléssio Orso

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data

APÊNDICE B - CORRESPONDÊNCIA PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERANÓPOLIS - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES PARA COMPOR BANCO DE DADOS

Veranópolis, 30 de abril de 2007.

À SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERANÓPOLIS

Prezada Senhora,

Sou Enfermeira, Mestranda do Curso de Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul –IGG PUCRS e realizo um projeto de pesquisa que tem como objetivo geral traçar o perfil do cuidador informal de idosos, segundo as características sócio-econômicas, demográficas, de saúde e de qualidade de vida no município de Veranópolis-RS.

Como objetivos específicos, esse estudo pretende descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde do cuidador informal de idosos; verificar se a qualidade de vida do cuidador informal de idosos é diferente de controles da mesma faixa etária, sexo e escolaridade e descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos, comparando os que necessitam de cuidador com os que não necessitam de cuidador no município de Veranópolis-RS.

Trata-se de um de um estudo observacional, descritivo e analítico, realizado a partir de um corte transversal, em uma amostra de base populacional.

Para tanto, necessito organizar um banco de dados dos idosos de Veranópolis.

Como proposta para a organização deste banco de dados de base populacional, optou-se por utilizar o cadastro dos idosos vacinados na Campanha contra a Influenza no município. Conhecendo a abrangência da campanha de vacinação para Influenza no idoso, a fidelidade das informações e principalmente o período recente da atualização dos dados, concluímos ser esta a amostra populacional mais adequada para esta proposta de estudo.

Por essas razões, venho por meio, deste solicitar permissão para coleta de dados que possibilitarão a organização deste banco de dados, referentes aos Idosos de Veranópolis que realizaram vacinação para Influenza no ano de 2007 em suas Unidades de Saúde. Os dados serão coletados utilizando o fichário do usuário no Programa de Imunizações.

Serão destinadas para esta coleta, acadêmicas do curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves, previamente identificadas, sob minha supervisão e coordenação. Os dados de interesse para esta pesquisa serão a identificação do usuário (nome, idade, data de nascimento, endereço e telefone para contato). Após a coleta, os dados serão digitados em Programa Access para a realização do sorteio, o que determinará a amostra aleatória a ser pesquisada.

Posterior a isso, a amostra sorteada será contatada, e ocorrerá um agendamento para a visita da equipe de pesquisa. Na 1ª fase do projeto, serão entrevistados 120 idosos com idades ≥ 60 anos. Dentre essa amostra, nos idosos em que forem identificado a presença de um cuidador, será realizado a 2ª fase do projeto com a entrevista deste cuidador, elaborando assim o perfil do cuidador de idosos, que é o objetivo deste Projeto de Pesquisa.

Desde já agradeço a disponibilidade, e a oportunidade e coloco-me a disposição para demais esclarecimentos. Esta pesquisa tem como orientador o Sr. Irenio Gomes da Silva Filho, MD da PUCRS e Co-orientação a Sra. Lucia Hisako Takase Gonçalves, MD, PhD da GESPI (Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas. Diretórios dos Grupos de Pesquisa no Brasil) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Atenciosamente,

Zuleica R. Aléssio Orso
Mestranda em Gerontologia Biomédica IGG-PUCRS

À
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VERANÓPOLIS
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VERANÓPOLIS
NESTA

APÊNDICE C- CORRESPONDÊNCIA PARA COORDENADOR SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA- SMS DE VERANÓPOLIS- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES PARA COMPOR BANCO DE DADOS

Veranópolis, 30 de abril de 2007.

Prezada Senhora,

Sou Enfermeira, Mestranda do Curso de Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul –IGG PUCRS e realizo um projeto de pesquisa que tem como objetivo geral traçar o perfil do cuidador informal de idosos, segundo as características sócio-econômicas, demográficas, de saúde e de qualidade de vida no município de Veranópolis-RS.

Como objetivos específicos, esse estudo pretende descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde do cuidador informal de idosos; verificar se a qualidade de vida do cuidador informal de idosos é diferente de controles da mesma faixa etária, sexo e escolaridade e descrever as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos, comparando os que necessitam de cuidador com os que não necessitam de cuidador no município de Veranópolis-RS.

Trata-se de um de um estudo observacional, descritivo e analítico, realizado a partir de um corte transversal, em uma amostra de base populacional.

Para tanto, necessito organizar um banco de dados dos idosos de Veranópolis.

Como proposta para a organização deste banco de dados de base populacional, optou-se por utilizar o cadastro dos idosos vacinados na Campanha contra a Influenza no município. Conhecendo a abrangência da campanha de vacinação para Influenza no idoso, a fidelidade das informações e principalmente o período recente da atualização dos dados, concluímos ser esta a amostra populacional mais adequada para esta proposta de estudo.

Por essas razões, venho por meio, deste solicitar permissão para coleta de dados que possibilitarão a organização deste banco de dados, referentes aos Idosos de Veranópolis que realizaram vacinação para Influenza no ano de 2007 em suas Unidades de Saúde. Os dados serão coletados utilizando o fichário do usuário no Programa de Imunizações.

Serão destinadas para esta coleta, acadêmicas do curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves, previamente identificadas, sob minha supervisão e coordenação. Os dados de interesse para esta pesquisa serão a identificação do usuário (nome, idade, data de nascimento, endereço e telefone para contato). Após a coleta, os dados serão digitados em Programa Access para a realização do sorteio, o que determinará a amostra aleatória a ser pesquisada. Posterior a isso, a amostra sorteada será contatada, e ocorrerá um agendamento para a visita da equipe de pesquisa. Na 1ª fase do projeto, serão entrevistados 120 idosos com idades ≥ 60 anos. Dentre essa amostra, nos idosos em que forem identificado a presença de um cuidador, será realizado a 2ª fase do projeto com a entrevista deste cuidador, elaborando assim o perfil do cuidador de idosos, que é o objetivo deste Projeto de Pesquisa.

Desde já agradeço a disponibilidade, e a oportunidade e coloco-me a disposição para demais esclarecimentos. Esta pesquisa tem como orientador o Sr. Irenio Gomes da Silva Filho, MD da PUCRS e Co-orientação a Sra. Lucia Hisako Takase Gonçalves, MD, PhD da GESPI (Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas. Diretórios dos Grupos de Pesquisa no Brasil) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Atenciosamente

Zuleica R. Aléssio Orso
Mestranda em Gerontologia Biomédica IGG-PUCRS

À
COORDENADOR SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VERANÓPOLIS
NESTA