

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

JOSMAR LUIZ PERUCCHI

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM
DEFICIT DE AUTO CUIDADO RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE
SANTA CATARINA**

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2010

JOSMAR LUIZ PERUCCHI

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM
DEFICIT DE AUTO CUIDADO RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE
SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-graduação
Lato Sensu em Gerontologia da Universidade do
Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientadora: Professora Dr^a Maria Inês da Rosa

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pelo conforto nas horas difíceis e pela alegria nos momentos bons.

A minha esposa, Katiana que nas horas difíceis esteve sempre do meu lado me dando apoio e agora me proporcionando a alegria de ser pai.

A minha orientadora, Dr^a Maria Inês da Rosa, pelo acompanhamento e orientação, na realização deste estudo.

A professora Rosane, da disciplina de Metodologia, pelo apoio na confecção do projeto de pesquisa desta monografia.

Aos Funcionários das unidades de saúde (enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde), que me ajudaram na busca ativa dos questionários preenchidos pelos cuidadores.

E, por fim, agradeço a todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram com esta pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 PROBLEMA	14
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivo Especifico	14
1.3 JUSTIFICATIVA	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 O CUIDADOR	16
2.2 O IDOSO	17
2.3 O ESTATUTO DO IDOSO	18
3 METODOLÓGIA	20
3.1 TIPO DE PESQUISA	20
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.	20
3.4 ANALISE ESTATISTICA	21
4 RESULTADOS	22
5 DISCUSSÃO	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7 REFERENCIAS	33
APENDICE I	36
APENDICE II	38
ANEXO 1	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS's – Agentes Comunitárias de Saúde.
AVD's - Atividades de Vida Diária
AIVD's - Atividades Instrumentais da Vida Diária
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CONEPE - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ESF - Estratégia de saúde da Família
ILPI's - Instituições de Longa Permanência para Idosos
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
p. – página
SC – Santa Catarina
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UNESC - Universidade Do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Características da população estudada (idade e tempo como cuidador).....	22
Tabela 2 - Características da população estudada (sexo e estado civil)	22
Tabela 3 - Características da população estudada (atividade profissional).....	23
Tabela 4 - Características da população estudada (Grau de parentesco)	24
Tabela 5 - Características da população estudada (religião)	24
Tabela 6 - Características da população estudada (Grau de educação)	25
Tabela 7 - Características da população estudada (renda familiar)	25
Tabela 8 - Características da população estudada (Carro próprio e moradia)	26
Tabela 9 - Características da população estudada (morbidades).....	26
Tabela 10 - Características da população estudada (utilização de medicamentos).....	27

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Pirâmide da população no Brasil, ano de 1975.....	09
Gráfico 2: Pirâmide da população no Brasil, ano de 2000	09
Gráfico 3: Pirâmide da população no Brasil, ano de 2025	10
Gráfico 4: Pirâmide da população no Brasil, ano de 2050	10
Figura 01: Identificação da Situação da População Idosa: Pirâmide de Risco Funcional	12

RESUMO

Introdução: O envelhecimento não é uma doença, mas predispõe a estas, pela diminuição de resistência. A proporção da população idosa mundial registra uma tendência crescente, com ritmo de crescimento quatro vezes superior ao da população jovem. Diminuição no desempenho do auto-cuidado requerer a presença de um cuidador. **Objetivo:** Analisar qual o perfil epidemiológico e quais são as necessidades dos cuidadores informais dos idosos com déficit de auto-cuidado. **Metodologia:** Foi realizado estudo observacional, transversal, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram avaliados os cuidadores informais que pertenciam aos ESF's do município de Criciúma-SC e realizada uma amostragem de conveniência considerando os que se dispuseram a responder. Responderam ao questionário 139 cuidadores. Foi realizada análise descritiva das variáveis utilizando-se o SPSS versão 1 e realizado estudo analítico da variável qualitativa. **Resultados:** Idade média de 50,1(\pm 12,9) anos e a maioria do sexo feminino (93,5%) e casado (67,6%). A ocupação predominante foi "Do lar" (52,5%), apenas 20,1% considerava-se "cuidador". Os filhos (55,4%) e esposas (15,8%) são os principais cuidadores. Os católicos (71,9%) e evangélicos (26,6%) as principais religiões. Grau de instrução predominante foi o ensino fundamental incompleto (60,4%) e o menos encontrado foi o superior (0,7%). A grande maioria sem remuneração (73,4%). A renda familiar de 79,8% cuidadores varia entre dois e cinco salários mínimos. Quanto à saúde 59,7% dos cuidadores referem ser doentes. Hipertensão (14,4%) e Diabetes (8,6%) as mais comuns. 56,1% relatam utilizar medicamentos. 22,3% não responderam ou conferiram aspectos positivos ao ato de cuidar. Principais dificuldades: Lidar com parte afetiva e comportamento do idoso; paciente acamado ou mobilidade diminuída necessitando auxílio; único cuidador, sem tempo para si; devido suas doenças e as do idoso; baixa renda familiar; dificuldade de conseguir medicação ou tratamentos e acesso aos especialistas. **Conclusão:** perfil epidemiológico: Mulher de meia idade, casada, do lar, baixa escolaridade e renda, apresentando doenças típicas da idade e encara o ato de cuidar do idoso de forma negativa.

Palavras-chaves: Cuidadores informais. Idosos. Perfil socioeconômico

1 INTRODUÇÃO

Papaléo Neto (2002, p. 09) nos traz a definição também utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que conceitua **idoso** (ou **geronte**) como todo indivíduo com 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, 60 anos ou mais. Também em nosso país, sob alguns aspectos legais, este limite cronológico é de 65 anos.

O envelhecimento não é uma doença, mas predispõe a estas, pela diminuição de resistência. As alterações próprias do processo de envelhecimento e o freqüente aparecimento de patologias crônicas, nesta faixa etária funcionam como agravante do quadro.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) os estudos sobre a terceira idade demonstram, sem a menor dúvida a Transição Demográfica e as mudanças na pirâmide populacional.

No relatório da II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina (Junho/2008) citam-se os motivos para a **Transição Demográfica** que são (1) as taxas mais baixas de mortalidade, (2) associada à esperança de vida mais longa e (3) menos jovens (4) com taxas de natalidade mais baixas.

O mesmo relatório cita também a **Transição Epidemiológica** que associa (1) o alto índice de doenças crônico-degenerativas com (2) declínio das doenças infecto-contagiosas. Por último a **Transição Econômico-Social** que são (1) as mudanças nas relações de mercado de trabalho, (2) mudanças e novos arranjos familiares e (3) introdução de novos valores societários.

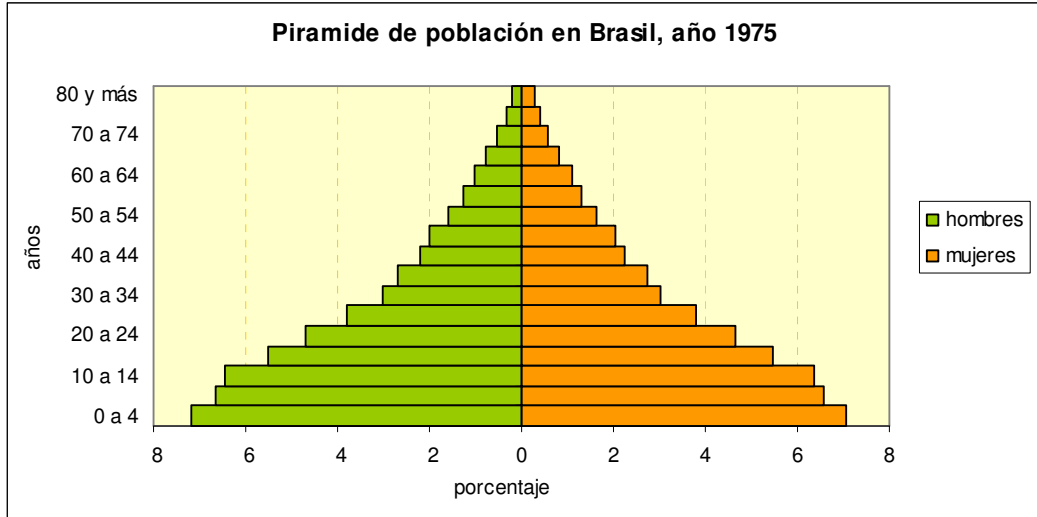
A proporção da população mundial com 65 anos ou mais anos registra uma tendência crescente. Um dado importante a referir é que este ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (ARAÚJO, et al, 2009, p. 191).

Ainda Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) como consequência, os brasileiros com mais de 60 anos representavam 8,6% da população em 2003. Para o ano de 2025, os idosos representarão 15% da população brasileira total. Mais de 32 milhões de indivíduos.

Os gráficos que representam muito bem estas mudanças epidemiológicas estão reproduzidos abaixo. Foram extraídos do relatório da II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina. Representam intervalo de 25 anos para a população

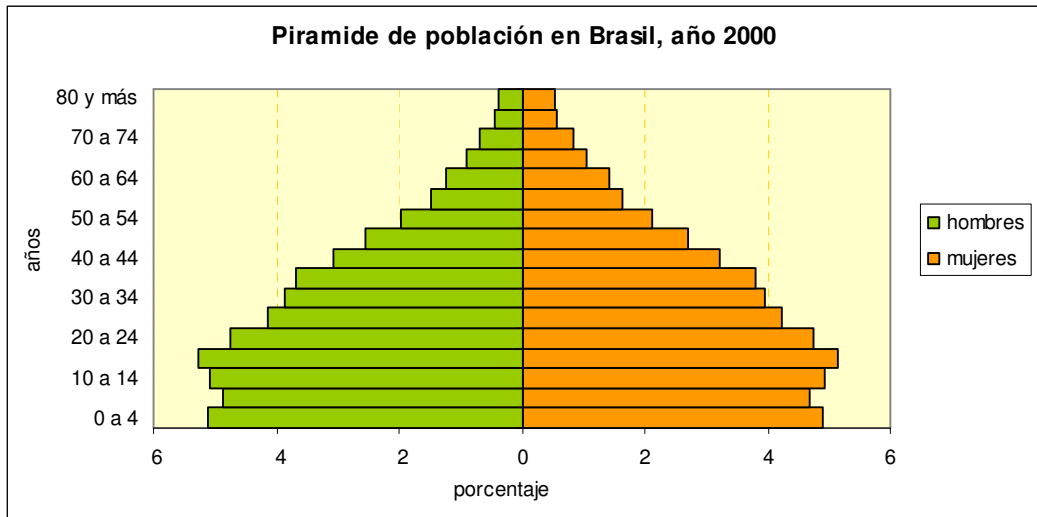
brasileira nos anos de 1975 e 2000. Projetam também a população para os anos de 2025 e 2050.

Gráfico 1: Pirâmide da população no Brasil, ano de 1975.



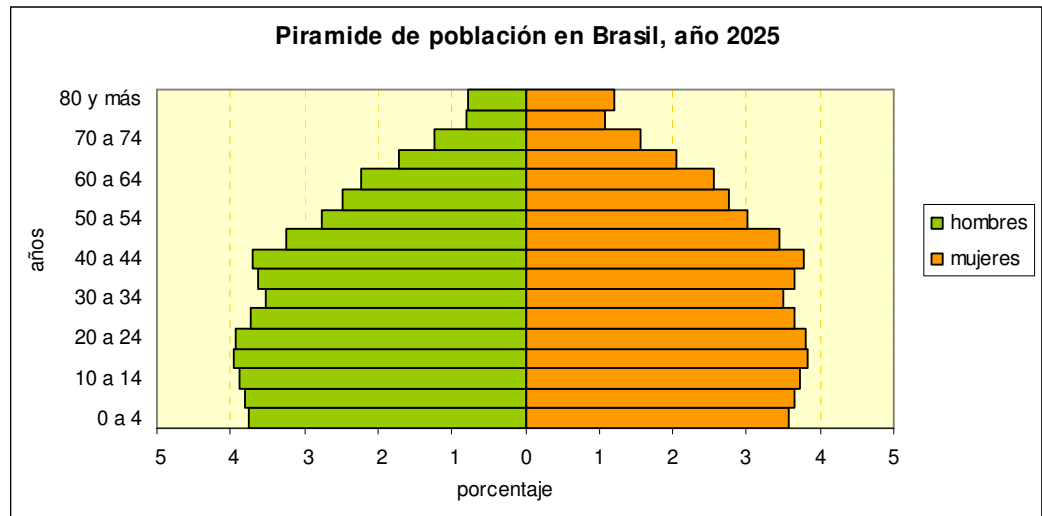
Fonte: II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina, de Julho de 2008.

Gráfico 2: Pirâmide da população no Brasil, ano de 2000.



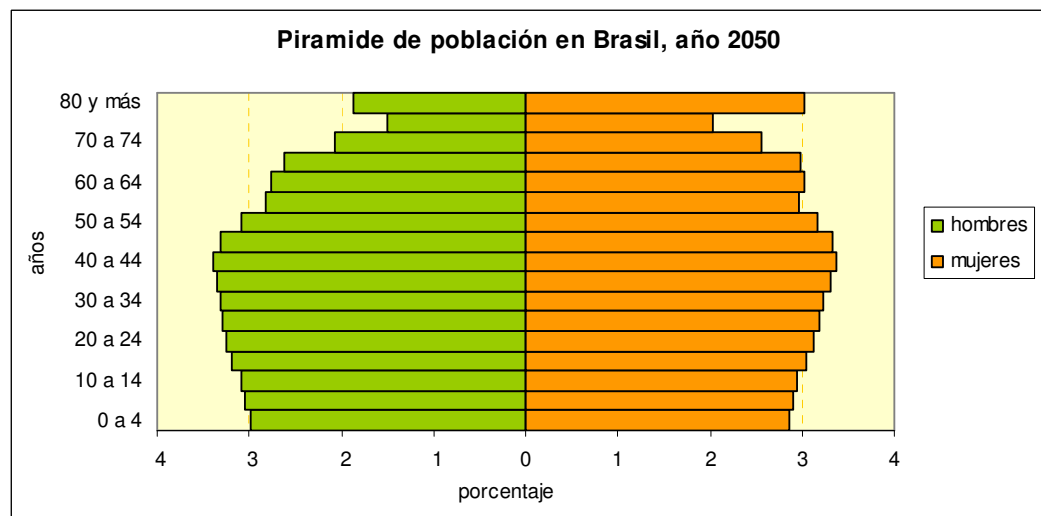
Fonte: II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina, de Julho de 2008.

Gráfico 3: Pirâmide da população no Brasil, ano de 2025.



Fonte: II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina, de Julho de 2008.

Gráfico 4: Pirâmide da população no Brasil, ano de 2050.



Fonte: II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina, de Julho de 2008.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL 2006, p. 39 e 40) três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes quando se discute o processo incapacitante. São eles: Autonomia, Independência e Dependência.

De acordo com Pascoal (2002, p. 316-317) podem ser assim descritos em linhas gerais:

Autonomia: pode ser definida como a atividade do autogoverno e de comando. Se expressa na liberdade individual para principalmente tomar decisões e também para agir.

Independência: significa ter capacidade de realizar as atividades por seus próprios meios, sem ajuda de outra pessoa. O principal aspecto é a capacidade funcional.

Dependência: Inversamente a definição anterior, significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

Pelo exposto acima, é possível ser funcionalmente dependente, porem continuar com autonomia nas decisões. Idéia corroborada no texto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 p. 40).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL 2006, p. 37 e 38) podemos dividir as atividades cotidianas em:

Atividades de Vida Diária (AVD's) são relacionadas principalmente ao auto-cuidado. No caso de diminuição do desempenho, normalmente requerem a presença de um auxiliar. É neste contexto que surge o personagem do nosso estudo: o cuidador informal.

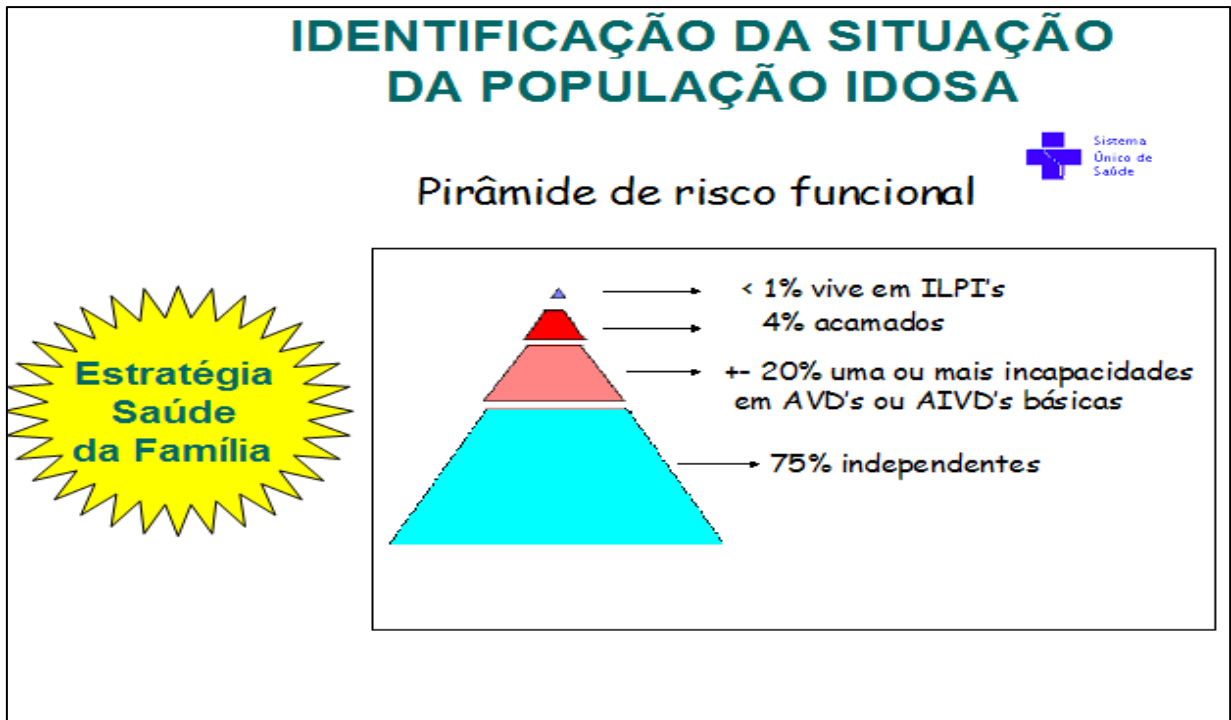
Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) são as relacionadas à participação do idoso na comunidade ou no seu ambiente social.

Segundo Rejani & Carletti (2002, p. 416-418), aquele que presta cuidados ao idoso é chamado cuidador. Pode ou não ter vínculo familiar. Ainda subdividiu os mesmos em dois grupos de cuidadores: o formal e o informal.

Conforme estas mesmas autoras neste capítulo: **Cuidador Formal** é um profissional capacitado em uma instituição de ensino própria para este fim. Tem como objetivo principal, prestar cuidados no domicílio. Sua formação é orientada as necessidades específicas de cada cliente. O **Cuidador Informal**, por outro lado, é normalmente um membro da família ou da comunidade. Não possui preparação própria para tal fim. Mesmo assim, presta cuidado ao idoso, seja de forma parcial ou integral.

O relatório da II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina de julho de 2008 apresenta um tópico interessante em relação ao idoso com déficit no autocuidado com o titulo: Identificação da Situação da População Idosa: Pirâmide de Risco Funcional, cuja lamina é reproduzida abaixo:

Figura 01: Identificação da Situação da População Idosa: Pirâmide de Risco Funcional



Fonte: II Conferencia Estadual do Idoso de Santa Catarina, de Julho de 2008.

Esta pirâmide demonstra que do total dos nossos idosos 75% são independentes. Os demais (25%) necessitam de auxílio. Destes, 20% apresentam uma ou mais incapacidades em AVD's ou AIVD's, 4% são acamados e 1% vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's).

Ramos et al.(1993 In: OLIVEIRA,et al p.184) traz outra referência sobre este tema, para ele cerca de 40% desses indivíduos idosos (o ponto de corte que ele utiliza é 65 anos ou mais de idade) precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma AIVD (como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa) e 10% requerem ajuda para realizar AVD (como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, e até sentar-se e levantar-se da cadeira e da cama).

Outra informação trazida por Ramos (2002, p.75), é que, no contexto brasileiro estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10% com no mínimo cinco afecções concomitantes. Desse modo, a prevalência de doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando a necessidade de cuidados constantes.

Conforme exposto acima, formou-se e está ficando cada vez maior (e de forma exponencial) um novo contingente de pessoas idosas que gradativamente apresentam déficit de auto-cuidado (devido ao aumento da idade e co-morbidades).

Esta população envelhecida acaba gerando uma demanda maior para o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme determina o Estatuto do Idoso esta população deverá receber assistência gratuita, integral e de qualidade pelo SUS. Sendo que o SUS, ainda não está preparado para suprir estas necessidades.

1.1 PROBLEMA

Qual o perfil epidemiológico e quais são as necessidades dos cuidadores informais dos idosos com déficit de auto-cuidado?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar qual o perfil epidemiológico e quais são as necessidades dos cuidadores informais dos idosos com déficit de auto-cuidado.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Detectar a frequência de idosos com déficit de auto-cuidado nos bairros com Estratégia de saúde da Família (ESF) do município estudado.
- ✓ Identificar qual o perfil epidemiológico dos cuidadores
- ✓ Estruturar e avaliar as principais dificuldades relatadas pelos cuidadores.
- ✓ Descrever a frequência de cuidadores que recebem remuneração para exercer a atividade.

1.3 JUSTIFICATIVA

Dentre os vários compromissos pertinentes a todos os profissionais da área da saúde para com seus pacientes (além de promover o tratamento mais adequado a sua clientela). Salientamos que, de vital importância, seria conhecê-los da melhor maneira possível para cumprimento desta primeira premissa.

Conhecimento este, que auxiliaria no planejamento estratégico e racionalização nos gastos dos recursos, na maioria das vezes escassos, em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil.

Somando-se três pontos básicos: Em primeiro (1) o aumento exponencial da população idosa. Em segundo (2) conseqüentemente a necessidade de um número cada vez maior de cuidadores para os idosos com déficit de auto-cuidado. E em terceiro (3) a flagrante falta de preparo destes cuidadores informais. Tem-se uma realidade sombria e de difícil solução a um curto prazo.

O conhecimento do perfil epidemiológico deste contingente de cuidadores e a avaliação das principais dificuldades relatadas por estes, proporcionarão informações que poderão em um futuro (esperamos não muito distante) auxiliar as

equipes de ESF e principalmente os gestores públicos na elaboração de planejamento estratégico das políticas públicas de saúde.

Políticas estas, que entendemos visarão uma melhor preparação destes cuidadores, conseqüentemente desonerando o SUS de pacientes idosos mal cuidados. E que acabam gerando um aumento de gastos ainda maior para o mesmo. Devido ao aumento das co-morbidades destes pacientes. Porque não dizer, inclusive de seus cuidadores.

Contrapondo-se a idéia exposta acima (em relação à importância da capacitação dos cuidadores), talvez por nossa preparação acadêmica formal tenhamos um pré-conceito sobre as necessidades destes cuidadores e de quais dificuldades são realmente importantes e sentidas no seu dia a dia.

A idéia central é verificar se os cuidadores realmente consideram este conhecimento necessário. Informações teóricas e manuais sobre cuidados com o idoso conseguem-se com grande facilidade nos dias de hoje. Graças ou principalmente devido ao uso da INTERNET. Inclusive do próprio Ministério da Saúde. Alguns destes constam na bibliografia deste trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme Martins JJ, et al (2008, p.320) o envelhecimento da população é conseqüência de algumas ações governamentais que foram consolidadas pelas políticas de saúde publicas para a melhoria da qualidade de vida, entre as quais se destacam fatores como alimentação, educação, habitação, saneamento básico, vacinas, medicamentos para controle de doenças crônicas. Vale ressaltar que esses fatores também influenciam diretamente a sobrevivência das crianças e dos adultos, refletindo no aumento da expectativa de vida.

O processo de envelhecimento e sua conseqüência natural, a velhice, implicam uma série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do ser humano, levando, muitas vezes, à necessidade de ser cuidado (WATANABE e DERNTL, 2006, p. 495).

2.1 O CUIDADOR

Para o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008, p. 07) cuidar significa:

Ter atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.

O mesmo manual (BRASIL, 2008, pág. 08) descreve cuidador como “uma pessoa com qualidades especiais, principalmente notadas no forte traço de amor à humanidade, na solidariedade e na doação”.

O trabalho de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162 (no caso do cuidado ser dispensado à paciente idoso 5162-10) que define o cuidador deste modo:

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 remuneração.

Conforme o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008, pág. 08) o cuidador deve ser uma pessoa (1) alfabetizada, (2) possuir noções mínimas sobre o cuidado do idoso e (3) compreensão básica do processo de envelhecimento do ser humano.

Neste mesmo texto o Ministério cita que no desempenho de sua função de cuidador este deve acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar. Somente fazer pela pessoa somente as atividades que esta não consiga desempenhar sozinha. Também ressaltam que não faz parte da rotina do cuidador técnicas e

procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, principalmente, os de enfermagem.

Silva & Néri (1993, pág. 217) detalham que atualmente os cuidadores oriundos de redes informais de apoio (particularmente filhos, parentes e amigos) constituem a mais importante fonte de suporte de idosos. Afirmam que de 80% a 90% dos cuidados recebidos são assistidos pelos familiares.

Os resultados encontrados por NAKATANI (2003, pag. 01) em sua pesquisa mostram que os cuidadores são pessoas do gênero feminino (esposas, filhas, netas e vizinhas), entre 18 a 67 anos, com renda mensal oscilando entre um a sete salários mínimos e com escolaridade entre o 1º e 2º grau.

2.2 O IDOSO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define envelhecimento como:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

A Lei Federal nº 8.842 de 1994 no seu artigo dois (art. 2) segue a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que conceitua a pessoa idosa no Brasil a partir dos 60 anos.

Smeltzer et al. (2005, pag. 200-201) citam que mudanças são observadas na pirâmide populacional brasileira e enfatizam conseqüências epidemiológicas, sociais, culturais, que a sociedade brasileira ainda não está estruturada para enfrentar.

Conforme o Guia prático do cuidador (2008, p. 5) grande parte dos cuidados prestados a estes pacientes podem e devem ser incentivados a serem realizados no domicílio.

O Guia prático do cuidador (2008, p. 06) cita que esta é a tendência atual. As instituições hospitalares concedem alta precoce aos seus pacientes (idosos inclusive), visando (1) diminuir os custos, (2) acelerar sua recuperação e (3) também reduzindo as complicações decorrentes de longas internações hospitalares num ambiente mais hostil e estressante para o idoso comparado ao familiar.

2.3 ESTATUTO DO IDOSO

Somente em 1994, o Brasil passou a dar maior atenção à população envelhecida com a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842) e apenas cinco anos depois foi editada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria MS 1.395/99).

O Estatuto do Idoso como o conhecemos nasceu a partir da **LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003**, sendo que mesmo tem por objetivo defender e proteger aos indivíduos que já atingiram mais de 60 anos como definido no seu artigo primeiro.

Art. 1.º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
(LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003)

Trata dos mais variados aspectos da sua vida, abrangendo ao todo 118 artigos em aproximadamente 70 páginas e trata (1) desde os direitos fundamentais, (2) as medidas de proteção e (3) atendimento ao idoso, (4) o acesso a justiça e até (5) a punição aos crimes cometidos contra os idosos.

O artigo três já trás uma previa dos agentes envolvidos e a abrangência que a lei pretende atingir em termos de proteção.

Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.
(LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003)

Chama atenção também que aos idosos, lhe são segurados por lei, recursos financeiros e humanos qualificados como mostra os parágrafos três (III) e seis (VI) deste mesmo artigo acima (Art. 3.º).

III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
(LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003)

O capítulo IV discorre sobre o direito à saúde do idoso do Artigo 15 (quinze) ao 19 (dezenove). Os principais, por seus conteúdos, são o Art. 15 (com

diversos parágrafos e incisos) e o Art. 18. Relatados a seguir para melhor exemplificar os direitos garantidos por lei de como o SUS deve assistir esta população.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2.º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3.º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4.º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

(LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado estudo observacional, transversal, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram estudados todos os cuidadores informais de pacientes com déficit de auto cuidado atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Criciúma-SC que se dispusera a responder o questionário distribuído em suas residências pelas ACS's. No início do corrente ano a ESF do município selecionado era composta por 28 equipes.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos tendo como base o questionário auto-aplicável utilizado no estudo de Nakatani, et al, em 2003 (anexo 1). Ao mesmo foram acrescentadas mais algumas perguntas que visaram enriquecer ainda mais a pesquisa proposta. Ao mesmo também será acrescentado uma pergunta que será aberta, para respostas espontâneas na busca das necessidades dos cuidadores.

Resultou no questionário proposto no apêndice 1 e distribuídos pelas ACS's nas residências da população/amostra estudada e que verificou seu perfil sócio econômico.

No caso de cuidadores analfabetos, os preenchimentos dos referidos questionários foram feitos pelo entrevistador.

Previamente ao desenvolvimento deste trabalho e principalmente a coleta de dados conforme resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos o instrumento foi validado pelo Comitê de Ética, com finalidade de verificar a organização da lógica, clareza, objetividade, abrangência e pertinência.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o protocolo número: 102/2010.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A Análise estatística foi realizada no software SPSS versão 17.0. Primeiramente foi análise descritiva, relatando a frequência e percentagem das variáveis qualitativas e média ou mediana e desvio padrão das quantitativas depois de verificado a normalidade das variáveis.

A análise da abordagem qualitativa da pesquisa foi realizada analisando-se as respostas à pergunta não-estruturada que foram submetidas à leitura analítica do seu conteúdo.

4 RESULTADOS

Responderam ao questionário 139 cuidadores, com idade média de 50,1(\pm 12,9) anos sendo a idade mínima encontrada na pesquisa de 18 anos e máxima 82 anos. O tempo médio como cuidador do idoso 7(\pm 6) anos (mínimo=6 meses e máximo= 30 anos).

Tabela1- Características da população estudada (idade e tempo como cuidador)

Variáveis	n (%)
Idade média em anos: média (\pm DP)	50,1 (\pm 12,9)
Tempo médio que atua como cuidador em anos: média (\pm DP)	7(\pm 6)

Fonte: Dados da Pesquisa

Sendo encontrada no estudo a maioria absoluta de cuidadores do sexo feminino (93,5%) e em sua maior parte casadas (67,6%).

Tabela 2 - Características da população estudada (sexo e estado civil)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	130(93,5)
Masculino	9(6,5)
Estado civil	
Casado	94(67,6)
Solteiro	22 (15,8)
Separado	13(9,4)
Viúvo	8(5,8)
Junto	2(1,4)

Fonte: Dados da Pesquisa

Foi encontrada uma quantidade maior de pessoas sem atividade profissional regular, intituladas então "Do lar" (52,5%). Apenas uma pequena quantidade 28(20,1%) considerava-se "cuidador". Outras atividades profissionais também foram relatadas conforme tabela abaixo, inclusive quatro (2,9%) técnicas de enfermagem.

Tabela 3 - Características da população estudada (atividade profissional)

Variáveis	n (%)
Ocupação	
Do lar	73(52,5)
Cuidadora	28(20,1)
Aposentado(a)	17(2,2)
Costureira	5(3,6)
Técnica de enfermagem	4(2,9)
Vendedor(a)	3 (2,2)
Professor(a)	3 (2,2)
Serviços gerais	2(1,4)
Estudante	1(0,7)
Metalúrgico	1 (0,7)
Auxiliar administrativo	1(0,7)
Agricultor	1(0,7)

Fonte: Dados da Pesquisa

Foi encontrada no estudo grande relação parental do cuidador com o idoso (filhos(as) (55,4%) e esposos(as) (15,8%), principalmente). Somente uma pequena parte não tinha grau de parentesco com o idoso (13,7%). (Tabela 4)

A religião católica foi a mais encontrada (71,9%), sendo uma pequena parte evangélica (26,6%) e uma fração ainda menor testemunhas de Jeová (1,4%). (Tabela 5).

Tabela 4 - Características da população estudada (Grau de parentesco)

Variáveis	n (%)
Grau de parentesco	
Filho(a)	77(55,4)
Esposo(a)	22(15,8)
Não parente	19(13,7)
Nora	13(9,4)
Neto(a)	4(2,9)
Irmão (ã)	3(2,2)
Cunhado (a)	1(0,7)

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 5 - Características da população estudada (religião)

Variáveis	n (%)
Religião	
Católica	100(71,9)
Evangélica	37(26,6)
Testemunha de Jeová	2(1,4)

Fonte: Dados da Pesquisa.

O grau de instrução predominante foi o ensino fundamental incompleto (60,4%) e o menos encontrado foi o superior (apenas um único cuidador (0,7%)) e dois com pós-graduação (1,4%). (Tabela 6).

A grande maioria não recebe remuneração para o trabalho (73,4%). Quando recebe quem paga normalmente é o próprio idoso e uma fração menor a família do idoso. A renda familiar de 79,8% cuidadores varia entre 2 e 5 salários mínimos. Sendo a média encontrada dos que recebem remuneração de 2,39 salários mínimos. Apenas dois(1,4%) cuidadores relataram receber mais de sete (7) salários mínimos. (Tabela 7).

Tabela 6 - Características da população estudada (Grau de educação)

Variáveis	n (%)
Grau de educação	
Analfabeto	3(2,2)
Ensino fundamental incompleto	84(60,4)
Ensino fundamental completo	23(16,5)
Ensino médio	26(18,7)
Ensino superior	1(0,7)
Pós- graduação	2(1,4)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 7 - Características da população estudada (renda familiar).

Variáveis	n (%)
Recebe salário	
Sim	37(26,6)
Não	102(73,4)
Quem paga o salário	
Idoso	21(56,8)
Familiares	15(40,6)
INSS	1(2,6)
Renda mensal familiar	
1 salário mínimo	19(13,7)
2 salários	57(41,0)
3-5 salários	54(38,8)
5-7 salários	7(5,0)
Mais de 7 salários	2(1,4)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Encontramos que 81,3% dos cuidadores possuem casa e 43,3% carro próprios. Embora o idoso tenha casa própria também em 68,3% foi detectado no estudo que grande maioria mora com o idoso (70,5%). (Tabela 8).

Tabela 8 - Características da população estudada (Carro próprio e moradia).

Variáveis	n (%)
Carro próprio	
Sim	63(43,3)
Não	76(54,7)
Casa própria	
Sim	113(81,3)
Não	26(18,7)
Mora com o idoso	
Sim	98(70,5)
Não	41(29,5)
Idoso tem casa própria	
Sim	95(68,3)
Não	44(31,7)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto à saúde 59,7% dos cuidadores referem ter alguma doença, sendo a Hipertensão Arterial (14,4%) e a Diabetes (8,6%) as mais comuns. 40,3% dos cuidadores declararam-se saudáveis.

Tabela 9 - Características da população estudada (morbidades).

Variáveis	n (%)
Tem alguma doença	
Sim	83(59,7)
Não	56(40,3)
Doenças mais comuns do cuidador	
Hipertensão Arterial	20(14,4)
Diabetes	12(8,6)
Labirintite	7(5,0)
Coluna	5(3,6)

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos que responderam ao questionário 56,1% relatam utilizar algum tipo de medicamentos, sendo os inibidores da bomba de próton o medicamento mais utilizado.

Tabela 10 - Características da população estudada (utilização de medicamentos)

Variáveis	n (%)
Toma alguma medicação	
Sim	78(56,1)
Não	61(43,9)
Qual medicação	
Inibidores bomba de próton	20(14,4)
Hipoglicemiante oral	11(7,9)
Cálcio/alendronato	11(7,9)
Diuréticos	8 (5,8)
Antivertiginoso	8(5,8)
Hormônio para tireóide	7 (5,0)

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto a ultima questão (discursiva para resposta aberta) relacionada às dificuldades e necessidades 31(22,3%) não responderam ou não relataram dificuldades, conferindo aspectos positivos ao ato de cuidar. 63(45,3%) cuidadores relataram dificuldade única e 45(32,3%) duas ou mais dificuldades.

Dos que tiveram queixa única, das mais citadas: Vinte (20) cuidadores relataram dificuldade em **“Lidar com parte afetiva e comportamento psíquico do idoso (relacionamento, emoções, teimosia, etc)”**, Onze (11) cuidadores relataram dificuldade com **“Paciente acamado ou com mobilidade muito diminuída, necessitando auxílio para locomoção”**, Oito (8) cuidadores relataram ser **“Único cuidador, não tempo para si”** e a mesma quantidade (8) relataram problema **“Devido à dificuldade de lidar com as doenças próprias do idoso”** e dos mais citados, por ultimo Sete (7) cuidadores relataram **“Dificuldade de conciliar o trabalho fora, a família e o cuidado com idoso”**.

Com menos citações foram relatadas mais Quatro (4) dificuldades: **“Baixa renda familiar”**, **“Locomover-se até local de trabalho”**, **“Dificuldade de conseguir a medicação e outros tratamentos (exemplo, fisioterapia) para o idoso”** e também dificuldade **“Devidos as suas próprias doenças e limitações físicas”**.

Dos que relataram duas ou mais dificuldades Vinte e Seis (26) citações para **“Paciente acamado ou com mobilidade muito diminuída, necessitando auxílio para locomoção”**, Vinte e Quatro (24) citações para **“Devido à dificuldade de lidar com as doenças próprias do idoso”**, Nove (9) citações para **“Baixa renda familiar”**, Oito (8) citações para **“Dificuldade de conseguir a medicação e outros tratamentos (exemplo, fisioterapia) para o idoso”** e com Sete (7) citações de mais três dificuldades **“Dificuldade de conciliar o trabalho fora, a família e o cuidado com idoso”**, **“Lidar com parte afetiva e comportamento psíquico do idoso (relacionamento, emoções, teimosia, etc)”** e **“Único cuidador, não tempo para si”**.

Com bem menos citações vem mais Três (3) citações: **“Locomover-se até local de trabalho”**, **“Devidos as suas próprias doenças e limitações físicas”** e **“Acesso aos especialistas”**.

5 DISCUSSÃO

A elevada idade média de 50,1(±12,9) anos dos cuidadores que entrevistamos vem de encontro ao que os outros autores chamam atenção. Karsch (2003, p. 862) demonstra que pessoas idosas estão cuidando de idosos. Nardi & Oliveira (2009) também perceberam que a maioria se encontrava neste processo de envelhecimento, o que poderia ser visto, segundo os mesmos, como um fator preocupante no processo de cuidar, podendo os cuidadores mais velhos apresentar limitações físicas e funcionais.

O tempo médio como cuidador foi de 7(±6) anos número abaixo do valor encontrado por Meira (2006) de 43,3% de cuidadores por dez ou mais anos.

E finalmente para este mesmo autor (MEIRA, 2006) os cuidadores de idosos são predominantemente mulheres de meia idade.

Iniciamos com isto então este item em relação ao sexo no qual todos os autores são unânimes em afirmar que a maioria absoluta dos cuidadores em nosso meio é do sexo feminino, confirmando que a tarefa de cuidar é culturalmente designada à mulher. Este fato é visto como natural, porquanto está inscrito socialmente no papel de mãe e culturalmente a mulher assume essa tarefa como mais um papel pertinente à esfera doméstica (NERI, 2002; KARSH, 2003; MEIRA, 2006 e NARDI & OLIVEIRA, 2009).

As informações encontradas na literatura especializada reforçam nossos achados, que por convenção social a mulher é entendida como a primeira responsável pelo cuidado tanto de idosos como de crianças (OLIVEIRA, 2006 p.187 e NERI & CARVALHO, 2002).

Aliás, não só no Brasil que as mulheres são as "grandes cuidadoras" dos idosos. Na maioria dos outros países também, constata-se que ao longo da história o cuidado do idoso é exercido por mulheres. Como exemplo Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006 in ARAUJO, 2009, P.192) citam esta tradição também na cultural portuguesa que atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos.

Assim como Meira (2006) encontramos que a grande maioria dos cuidadores era casada. Esta situação pode interferir positiva ou negativamente no cuidado. O casamento pode caracterizar-se como um fator facilitador de apoio para as tarefas

desenvolvidas com o idoso, porém, de outro lado, pode constituir-se em uma sobrecarga ao cuidador, o qual, além do cuidado, pode ser responsável por outras tarefas domiciliares (NARDI & OLIVEIRA, 2009).

No que tange à escolaridade, chama atenção o pouco tempo de estudo encontrado no presente trabalho. O fato revela um efeito preocupante, pois conforme chama atenção vários autores (Nakatani et al., 2003; MEIRA, 2006 e Nardi & Oliveira, 2009) em se tratando de idoso dependente, são exigidas tarefas complexas ao cuidador, que muitas vezes necessita de algum grau de escolaridade. A falta de escolaridade interfere direta e indiretamente, na prestação dos cuidados aos idosos, ocorrendo uma queda em sua qualidade, visto que o cuidador necessita seguir dietas e prescrições bem como manusear medicamentos ler receitas, entender a dosagem e a via de administração.

No tocante à ocupação, a maioria dos cuidadores foi classificada como do lar, ou seja, dedicam seu tempo ao idoso dependente e ainda executam tarefas domésticas, não possuindo atividade profissional fora do domicílio. A tarefa de cuidar parece impedir ou dificultar ao cuidador a execução de atividades extradomiciliares (MARQUES, 2000 e NARDI & OLIVEIRA, 2009).

Como relata Meira (2006) a maioria dos cuidadores referiu não ter atividades extradomiciliares, dedicando-se ao cuidado do idoso e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos.

Para Meira (2006), assim como no nosso estudo, a maioria residia com o idoso e tinham outros dependentes além do idoso.

Em relação a baixa renda familiar relatada em nosso trabalho de 2,4 salários mínimo é um grande problema enfrentado pelos cuidadores. Além das despesas normais do cotidiano familiar, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram a família do idoso conforme Nardi & Oliveira (2009).

Camarano (2004) cita que muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso.

MEIRA (2006) mostrou também que 50% dos cuidadores não recebiam ajuda para o cuidado; e, dos que a recebiam (43,3%), era proveniente de familiares: filhos(as) do cuidador, netos(as) e bisnetos(as), cônjuges e outros. Diferente do nosso estudo em que apenas 26,6% recebiam remuneração e o principal pagador era próprio idoso.

Todos os cuidadores estavam ligados a uma denominação religiosa. Houve o predomínio da religião católica. A participação em atividades associadas à fé religiosa pode apresentar-se como fator auxiliar na saúde mental do cuidador (NARDI & OLIVEIRA, 2009).

Considerando-se a idade média dos cuidadores, Oliveira (2006 p.189-190) cita que era de esperar que a hipertensão e o diabetes fossem bastante prevalentes. As dores lombares podem ser decorrentes do esforço físico das atividades do cuidado e as equipes de saúde devem intervir concomitantemente na saúde do idoso e na do cuidador para uma maior abrangência e resolutividade.

Meira (2006) acerca das doenças ou problemas de saúde que afetavam os cuidadores referiu a hipertensão arterial e alterações cardíacas como mais freqüentes seguidas de problemas osteomusculares, cefaléia e diabetes mellitus. Sendo estas informações muito próximas aos que encontramos na nossa amostra.

As dificuldades relatadas não fugiram ao que já era encontrada na literatura (NAKATANI, et al, 2003; OLIVEIRA, 2006 p.189-190 e MEIRA, 2006) falta de tempo para a família, amigos e lazer; não conseguir delegar o cuidado a outros; ter medo de críticas sociais; ter conflitos entre a vida profissional e as atividades de cuidador; ter dificuldade para a locomoção do idoso; dar banho no idoso e queixa da falta de tempo para cuidar do idoso. Outras dificuldades referidas foram: falta de cadeira de rodas, nervosismo e estresse do idoso, ter que levá-lo ao médico, o idoso não aceitar os medicamentos ou recusar-se a usar bengala e caminhar muito devagar.

Neri (2002, p. 780), relata em seu estudo que a atividade de cuidar foi avaliada de forma mais positiva do que negativa, mormente em função de seus aspectos psicológicos e sociais. Em nosso trabalho os aspectos negativos no cuidado foram ressaltados pela maioria.

Assim como Martins, et al (2008, p. 324) acreditamos também antes da confecção deste estudo que deveria se pensar em educação continuada para cuidadores leigos como mecanismo para melhora da atenção à saúde de pessoas idosas. Porém a falta de informação não foi relatado como dificuldade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um aumento expressivo da população idosa, crescendo na mesma proporção o contingente de idosos com déficit do autocuidado.

O estatuto do idoso atribui aos SUS a responsabilidade principal pelos cuidados de saúde do idoso.

A partir do que se encontra na literatura e também com base no presente estudo, poderíamos descrever o cuidador como: **Mulher de meia idade, casada, do lar, baixa escolaridade e renda, apresentando doenças típicas para a sua idade e que encara o ato de cuidar do idoso de forma negativa.**

Este estudo traz alguns aspectos relativos ao cuidador informal que poderão auxiliar os profissionais de saúde a conhecê-los melhor e para que suas intervenções com vistas ao planejamento e à implementação de uma assistência integral ao idosos e aos próprios cuidadores sejam as mais adequadas possíveis.

7 REFERENCIAS

ARAÚJO, I. M., et al : Cuidar De Idosos Dependentes No Domicílio: Desabafos De Quem Cuida. *Cienc Cuid Saude* 2009 Abr/Jun; 8(2):191-197.

Disponível em: <http://www.scielo.com.br> acesso em: Novembro/2010

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Federal nº 8.842 de 1994. Brasília, DF: 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>

Acesso em: Março/2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília-DF: 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html

Acesso em: Março/2010

_____. Ministério da Saúde. LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003, Estatuto do Idoso. Brasília-DF: 2003. 70 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/suas/arquivos/estatuto_idoso.pdf

Acesso em: Março/2010

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1395/GM – POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO**. Brasília, DF: 1999. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>

acesso em: Março/2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2006. 192 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.

_____. Ministério da Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília-DF: 1996. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>

acesso em: Março/2010

CAMARANO, A.A. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004 in: Meira, E.C. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.1 Rio de Janeiro, 2006.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> acesso em: Novembro/2010

KARSCH, U. M. S. Idosos Dependentes: Famílias e Cuidadores. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

MARQUES, S. **Cuidadores familiares de idosos**: relatos de histórias. 2000. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000. In OLIVEIRA, S.K. et al. **Perfil Dos Cuidadores De Idosos Atendidos Pelo Projeto De Assistência Interdisciplinar A Idosos Em Nível Primário - Painp - Londrina – Pr** . Maringá, v. 5, n. 2, p. 184-192, maio/ago. 2006.

Martins JJ, et al, Idosos com necessidades de cuidado domiciliar, Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):319-25.

Martins JJ, et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: Reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev Bras Geriatria e Gerontol. 2007; 10(3): 371-82.

Martins MM. Uma crise acidental na família: o doente com AVC. Coimbra: Formasau; 2002. In: ARAÚJO, I. M., et al : Cuidar De Idosos Dependentes No Domicílio: Desabafos De Quem Cuida. Cienc Cuid Saude 2009 Abr/Jun; 8(2):191-197

Meira,E.C. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.1 Rio de Janeiro, 2006.
Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> acesso em: Novembro/2010

NAKATANI, A. Y. K. et al : Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1, 2003.
Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> acesso em: Março/2010

Nardi EFR, Oliveira MLF. Significado de Cuidar de Idosos Dependentes Cienc Cuid Saude 2009 Jul/Set; 8(3):428-435.

NERI, A. L. et al. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A.L. et al. (Orgs.) *Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea, 2002, p. 165-201.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem estar do cuidador: Aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2002. cap. 94, p. 778-790.

OLIVEIRA, S.K. et al. **Perfil Dos Cuidadores De Idosos Atendidos Pelo Projeto De Assistência Interdisciplinar A Idosos Em Nível Primário - Painp - Londrina – Pr** . Maringá, v. 5, n. 2, p. 184-192, maio/ago. 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.
Disponível em: <http://www.opas.org.br> acesso em: Março/2010

PAPALEO NETO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002, cap. 1 p. 2-19

PASCOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALEO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Esd. Atheneu, 2002, cap. 28 p. 313-323

RAMOS, L,R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p 72-78.

RAMOS, L. R.; et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J. Cross Cult. Gerontol.*, Dordrecht, v. 8, p. 313-323, 1993. In: OLIVEIRA, S.K. et al. Perfil Dos Cuidadores De Idosos Atendidos Pelo Projeto De Assistência Interdisciplinar A Idosos Em Nível Primário - Painp - Londrina – Pr Maringá, v. 5, n. 2, p. 184-192, maio/ago. 2006.

REJANI, M. I.; CARLETTI, S. M. da M. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: PAPALEO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002, cap 38 p.415-430.

Relatório da **II Conferência Estadual do Idoso de Santa Catarina**. Julho de 2008

Disponível em:

http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/Apresentacao_Alba_Conferencia_Estadual_de_Santa_Catarina.ppt
acesso em: Março/2010.

Silva DCN, Ribeiro AA, Fabricio SCC. Produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem a idosos. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15: 406-10.

SILVA, E. P. do N.; NERI, A. L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Ed. Papirus, 1993. p 213 - 236.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2005. Vol.1 cap. 12 p. 199-227.

Sousa L, Figueiredo D, Cerqueira M. Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar; 2006 In: ARAÚJO, I. M., et al : Cuidar De Idosos Dependentes No Domicílio: Desabafos De Quem Cuida. Cienc Cuid Saude 2009 Abr/Jun; 8(2):191-197

Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40: 493-500.

APENDICE I

POR FAVOR,

PRIMEIRO: LEIA COM MUITA ATENÇÃO (**NA PRÓXIMA FOLHA**), O TERMO DE CONSENTIMENTO ANEXO A ESTE QUESTIONÁRIO E SE O **SENHOR(A)** ESTIVER DE ACORDO COLOQUE SEU NOME E ASSINE-O.

SEGUNDO: AGORA RESPONDA COM ATENÇÃO CADA UMA DAS PERGUNTAS ABAIXO. ASSINALE COM **X** O ESPAÇO CORRESPONDENTE A RESPOSTA DE SUA ESCOLHA OU COMPLETE OS ESPAÇOS, QUANDO ISSO FOR SOLICITADO.

MUITÍSSIMO OBRIGADO POR SUA AJUDA.

Nº do Questionário (não preencher) _____

1 - Idade: _____ 2 - Sexo: ()Feminino ()Masculino.

3 - Estado civil:

()Casado(a) ()Solteiro(a) ()Viúvo(a) ()Separado(a) ()Outros: _____

4 - Ocupação: _____

5 - Grau de parentesco:

()Esposa(o) ()Filho(a) ()Amigo(a) ()Irmã(ão)
()Primo(a) ()Não é parente

6 - Anos de estudo _____

7 - Religião _____

8 - O **SENHOR(A)** recebe salário para cuidar desse idoso?

()Sim ()Não

9 - Se Sim: Quem paga seu salário?

()O próprio idoso ()familiares do idoso ()outros: _____

10 - Qual a renda mensal aproximada de sua família?

()01 salário mínimo ()02 salários mínimos
()03 a 05 salários mínimos ()05 à 07salários mínimos
() Mais de 07 salários mínimos

11 - Quantas pessoas moram na sua casa? _____

12 - Quantas pessoas trabalham na sua casa? _____

13 - O **SENHOR(A)** tem carro próprio? ()Sim ()Não

14 - O **SENHOR(A)** tem casa própria? ()Sim ()Não

15 - O **SENHOR(A)** mora com o idoso que cuida?
()Sim ()Não ()Só mora com ele para cuidá-lo.

16 - O idoso que cuida tem casa própria? ()Sim ()Não

17- Quantas pessoas moram com o idoso? _____

18 - Há quanto tempo o **SENHOR(A)** cuida desse idoso? _____

19 - O **SENHOR(A)** tem alguma doença? ()Sim ()Não
Se sim qual (quais)?

20 - O **SENHOR(A)** usa alguma medicação? ()Sim ()Não
Se sim qual (quais)?

21 - Quais as principais dificuldades e necessidades que o **SENHOR(A)**
encontra sendo cuidador desse idoso?

APENDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa, orientada pela prof^a. Maria Inês da Rosa, cujo título é: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DEFICIT DE AUTO CUIDADO RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA.”

Dessa forma, informamos que:

- O objetivo da pesquisa é determinar o perfil epidemiológico dos cuidadores informais de idosos com déficit de auto cuidado residentes em um município do sul de Santa Catarina.
- Para realização deste trabalho, será aplicado um questionário, contendo perguntas sobre características dos cuidadores.
- A privacidade dos participantes será respeitada, sendo os dados obtidos utilizados somente para realização de estudos científicos, não havendo, pois, a possibilidade de qualquer tipo de identificação por parte do aluno.
- Existe a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer problema para o aluno.

Como pesquisadores, assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer do estudo e garantimos aos entrevistados que as informações somente serão utilizadas para os fins da pesquisa. Se houver dúvidas quanto à participação, os entrevistados poderão pedir esclarecimento diretamente aos pesquisadores ou no Comitê de Ética: 3431-2723.

- Maria Inês da Rosa: 3433-5766
- Josmar Luiz Perucchi: 3445-8471 - 91247088

Eu _____
 (abaixo assinado) confirmo que fui informado (a) pelo pesquisador dos itens acima relacionados.

ASSINATURA _____

DATA/...../.....

ANEXO I**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (UTILIZADO POR NAKATAMI, 2003)**

- 1 – Número de questionário
 Idade do cuidador:.....
- 2 - Sexo: Feminino Masculino.
- 3 - Estado civil: Casado Solteiro
 Outros:.....
- 4 - Ocupação:
- 5 - Grau de parentesco: Esposa Filho Amigo Irmão Outros
- 6 - Escolaridade:
 Analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo
 2º grau incompleto 2º grau completo superior incompleto
 superior completo outros
- 7 - Qual a renda familiar mensal? E quantos indivíduos são dependentes ?
- 8 - Qual é a participação financeira atual do idoso no orçamento da família ?
- 9 - Qual era a participação financeira do idoso no orçamento familiar antes de sua dependência?