

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

**PERFIL DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSO NO MUNICÍPIO DE
TAQUARITINGA-SP**

Fatima Terezinha Balsani Caetano

Orientador: Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Ribeirão Preto

2012

FATIMA TEREZINHA BALSANI CAETANO

Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP

RIBEIRÃO PRETO

2012

FATIMA TEREZINHA BALSANI CAETANO

**PERFIL DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSO NO MUNICÍPIO DE
TAQUARITINGA-SP**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como
parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.*

Orientador: Prof. Dr. Laércio Joel Franco

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Caetano, Fatima Terezinha Balsani

Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP. Ribeirão Preto, 2012.

82 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Franco, Laércio Joel.

1. Cuidador. 2. Idoso. 3. Domicílio.

Nome: Fatima Terezinha Balsani Caetano

Título: Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Laércio Joel Franco Instituição: Fac. Med. Ribeirão Preto - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. Nereida Kilza de Costa Lima Instituição: Fac. Med. Ribeirão Preto - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte Instituição: Escola Enfermagem - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*D*edico este trabalho à minha família com quem dividi

as angústias, vitórias e tropeços deste meu humilde caminho...

*Ao meu esposo Mário, pelo companheirismo e seus incansáveis incentivos;
Aos meus filhos, Diego, Mays e Mayra pelos momentos de ausência de vossas
companhias e por me apoiarem nesta nova caminhada.....*

Ao meu neto Rahul, pelas alegrias e descontração que serão eternizadas!!!

Agradecimentos

*O Valor das coisas não está no tempo em que elas
duram, mas na intensidade com que acontecem.*

*Por isso, existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis...*

(Fernando Pessoa)

A minha Família, verdadeiros anjos em minha vida, pessoas que agüentaram meu oceano de sentimentos, que compartilharam comigo minhas queixas e aflições durante esse trajeto. Meu mais humilde e sincero muito obrigado!

Ao meu Orientador Professor Dr. Laércio Joel Franco por sua maneira acolhedora e serena de orientar. Por nossas inúmeras partilhas e seus eternos incentivos e compreensão. Ao Senhor Professor, todos os méritos de um grande profissional, o meu eterno carinho e gratidão!

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade do Estado de São Paulo (USP) através Departamento de Medicina Social por confiar em meu trabalho e pela oportunidade em desenvolver esta pesquisa.

Às Professoras Doutoras: Maria do Carmo Gullacci Guimarães Caccia Bava, Nereida Kilza da Costa Lima e a Carla Regina De Souza Teixeira pelas ricas contribuições e direcionamento no exame de qualificação.

Aos cuidadores de idosos que com muita disponibilidades aceitaram em participar e colaborar desta pesquisa. Agradeço não só pelas informações preciosas que me forneceram, mas pela força que me transmitiram, pela luta diária e pelo testemunho de vida. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho!

Minha especial gratidão.

*"O cuidar, antes de ser uma atividade terapêutica,
é uma disposição inerente à própria condição humana.*

*É cuidando de si e dos outros que o homem
assume seu projeto existencial e
procura dar sentido a sua vida".*

Luis Carlos Figueiredo
"As diversas faces do cuidar"(2007)

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando,
De que sempre é preciso continuar,
E a certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar.*

*Portanto devemos:
Fazer da interrupção um
caminho novo,
Da queda, um passo novo de dança,
Do medo, uma escada,
Do sonho, uma ponte e
Da procura, um encontro.*

Fernando Sabino

RESUMO

CAETANO, F.T.B. **Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP**. 2012. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Previsões da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que entre os anos de 2006 e 2030, o número de pessoas idosas nos países de baixa e média renda está projetado para aumentar em 140% em relação ao aumento nos países de renda alta que será de 51% e, pela primeira vez na história, em 2050 haverá mais idosos do que crianças (0 – 14 anos), configurando-se um novo panorama demográfico. A assistência à saúde do idoso, em conjunto com a prevenção de doenças crônicas e degenerativas, e o preparo adequado de quem presta cuidado são imprescindíveis para a manutenção da autonomia e qualidade de vida do idoso. O presente estudo foi realizado com 113 cuidadores de idosos, que prestam cuidado no âmbito domiciliar, residentes na zona urbana do município de Taquaritinga (SP). Teve como objetivo identificar o perfil dos cuidadores na prestação de cuidados domiciliares, bem como suas principais dificuldades, responsabilidades e tarefas assumidas, perante o paciente e a família, no ato de cuidar. Foram aplicados questionários, contendo perguntas abertas e fechadas, a 113 cuidadores, em locais diferentes de onde exerciam a função, após contato prévio, no período de julho a setembro de 2011. Os cuidadores eram predominantemente do sexo feminino (85%), casados ou viviam em união consensual (57,5%), na faixa etária de 19 a 59 anos (90,3%); em menor proporção apareceu a população de cuidadores idosos (9,7%). Entre os cuidadores do sexo masculino, predominaram os na faixa etária de 19 a 59 anos (94,1%). Quanto à escolaridade referida pelos cuidadores, 24,8% possuíam apenas o nível fundamental, 21,2% o nível médio, 31% o nível técnico, 6,2% o nível superior e 16,8% sem escolaridade. Os profissionais de enfermagem constituíram 35% dos cuidadores, e somente um cuidador se auto avaliou como bem preparado. A profissão de cuidador não foi a principal atividade para 77% dos entrevistados, que exerciam outras atividades. Declararam não possuir qualificação para o exercício da função, 87,6% dos entrevistados e 45% referiram pouco preparo. Embora 94,7% dos cuidadores declarem ser capazes de cuidar, todos referiram possuir dificuldades e necessidade de um apoio profissional, independentemente do nível de escolaridade, formação profissional, ou nível de dependência do idoso. A família do idoso não auxilia no trabalho do cuidador em 35% dos casos, e frequentemente (55%) delega serviços domésticos ou externos para serem realizados além do ato de cuidar. A carga horária de trabalho semanal é superior a 30 horas e a grande maioria não possui vínculo empregatício formal; 33% dos cuidadores referiram que raramente são remunerados. Os resultados evidenciam a necessidade de um olhar diferenciado a esses profissionais, principalmente na elaboração de políticas públicas, sociais e de saúde voltadas à formação de recursos humanos para este fim, para manter uma pessoa idosa saudável ou minimizar seu grau de dependência.

Palavras- chave: Cuidadores, cuidados domiciliares e saúde do idoso.

ABSTRACT

CAETANO, F.T.B. **Profile of home carers of older people in the city of Taquaritinga-SP.** 2012. 82f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

World Health Organization (WHO) projections pointed that between 2006 and 2030, the number of old people in low and middle income countries will increase 140% in relation to high income countries where it will increase 51% and , for the first time in the history, in 2050 the number of elderly will exceed the number of children (0-14 years), showing a new demographic profile. Health care for old people, together with the prevention of chronic and degenerative diseases, and the adequate training of carers are necessary for the maintenance of the autonomy and quality of life of the elderly. This study was carried out with 113 home carers of old people, living in urban area of the city of Taquaritinga, SP. The objective was to identify the profile of the home carers, their difficulties, responsibilities and tasks carried out for the patient and family. Interviews with open and closed questions were performed with 113 carers, in different place of their usual work, after previous contact, from July to September, 2011. Female carers predominated (85%), and the majority were married or in a stable union (57,5%) and in the age-group 19-59 years (90,3%); aged home carers appeared in a small proportion (9.7%). Among male carers, the majority was in the age-group 19-39 years. According to school attendance reported by the carers, 24.8% had elementary school, 21.2% high school, 31% technical level, 6.2% university degree and 16.8% never went to school. Nursing professionals were 35% of the carers, and only one carer had self-evaluation as well prepared for their task. The activity of carer was not the main activity for 77% of the interviewers, that have other job. The lack of training to carry their activities was reported by 87.6% of the carers. In spite of 94.7% of the carers mentioned that they were able to give home care, all of them reported that they have difficulties and need professional support, and this was independently of educational level, profession or level of dependence of the elderly. The family of the elderly do not help according to 35% of the interviewers and frequently (55%) delegate domestic or external work to be carried besides the care of the elderly. The weekly working time is more than 30 hours and the great majority do not have formal work contract and 33% of the carers reported that rarely they receive some payment. These results highlighted the need to a different vision to these professionals, mainly in the elaboration of public, social and health policies towards the formation of human resources to this activity, to keep aged persons in healthy conditions or to minimize their dependence.

Key words: caregivers, home nursing, aging health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos cuidadores segundo sexo, faixa etária e estado civil. Taquaritinga, 2011.....	35
Tabela 2-	Distribuição dos cuidadores segundo sua qualificação profissional e o preparo para exercer a função autorreferido. Taquaritinga, 2011.....	39
Tabela 3-	Distribuição segundo o grau de escolaridade dos cuidadores e as dificuldades referidas para o ato de cuidar. Taquaritinga, 2011.....	39
Tabela 4-	Distribuição dos cuidadores quanto às dificuldades relatadas e o grau de independência do idoso. Taquaritinga, 2011.....	40
Tabela 5-	Distribuição dos cuidadores segundo a sua capacidade de cuidar e necessidade de apoio de outros profissionais de saúde. Taquaritinga, 2011.....	41
Tabela 6-	Distribuição das principais atribuições delegadas pelas famílias ao cuidador, além da atividade de cuidar do idoso. Taquaritinga, 2011.....	43
Tabela 7-	Distribuição dos cuidadores segundo o tipo de contrato. Taquaritinga, 2011.....	44
Tabela 8-	Distribuição dos cuidadores segundo a carga horária semanal e turno e trabalho. Taquaritinga, 2011.....	44
Tabela 9-	Distribuição dos cuidadores segundo o grau de satisfação da remuneração recebida e sua freqüência. Taquaritinga, 2011.....	45
Tabela 10-	Distribuição dos cuidadores segundo interferência do trabalho na sua vida familiar de acordo com número de pacientes que presta cuidado. Taquaritinga, 2011.....	46
Tabela 11-	Distribuição dos cuidadores segundo a sua percepção quanto a sentir-se sobrecarregado no serviço, se o trabalho de cuidador é prejudicial a sua saúde e se interfere e sua vida social. Taquaritinga,2011.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição populacional mundial por grupo etário, OMS, 2010.....	17
Gráfico 2-	Pirâmides etárias derivadas da projeção para a população brasileira em 2005 e 2050.....	19
Gráfico 3-	Pirâmides etárias da população residente por sexo, Estado de São Paulo – 1950 – 2050.....	20
Gráfico 4-	Distribuição dos cuidadores (%) segundo o nível de escolaridade concluído autorreferido. Taquaritinga, 2011.....	36
Gráfico 5-	Distribuição dos cuidadores autorreferida segundo a principal ocupação exercida. 2011. Taquaritinga, 2011.....	37
Gráfico 6-	Distribuição dos cuidadores segundo seu estado de saúde autorrelatada. Taquaritinga, 2011.....	38
Gráfico 7-	Distribuição da frequência do apoio familiar dos cuidadores na prestação de cuidados ao idoso. Taquaritinga, 2011.....	41
Gráfico 8-	Distribuição dos cuidadores segundo o controle familiar de seu trabalho. Taquaritinga, 2011.....	42
Gráfico 9-	Distribuição dos cuidadores segundo a frequência de atribuições delegadas pelas famílias, além da atividade de cuidar do idoso. Taquaritinga, 2011.....	43

LISTA DE SIGLAS

AVDs - Atividades de Vida Diária

DM – Diabetes Mellitus

HA – Hipertensão Arterial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

SUS - Sistema Único de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

SEADE - Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	15
2.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
2.1 Envelhecimento populacional e idoso.....	17
2.2 Cuidador e o idoso.....	23
3. OBJETIVOS.....	27
3.1 Objetivo geral.....	27
3.2 Objetivos específicos.....	27
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	29
4.1 Local da pesquisa.....	29
4.2 População do estudo.....	30
4.3 Tipo de estudo.....	31
4.4 Instrumentos para coleta de dados.....	31
4.5 Operacionalização da coleta de dados.....	32
4.6 Processamento e análise dos dados.....	33
4.7 Aspectos éticos.....	33
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Características sócio demográficas.....	35
5.2 Características do perfil e dificuldades do cuidador.....	38
5.3 Repercussões do ato de cuidar no cuidador e sua família.....	45
6. DISCUSSÃO.....	49
6.1 Dificuldades de trabalho em campo.....	50
6.2 Perfil dos cuidadores.....	51
6.3 Repercussões do ato de cuidar no cuidador e sua família.....	56
7. CONCLUSÕES.....	59
8. REFERÊNCIAS.....	63

APÊNDICE A.....	69
ANEXO A.....	76
APÊNDICE B.....	78
ANEXO B.....	79
APÊNDICE C.....	80
APÊNDICE D.....	81
APÊNDICE E.....	82

1.INTRODUÇÃO

Esta pesquisa, intitulada "**PERFIL DO CUIDADOR DOMICILIAR DE IDOSO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA-SP**" surgiu da constatação de inquietações dos alunos do curso de Enfermagem em Taquaritinga-SP, sobre a importância e necessidade em subsidiá-los em questionamentos sobre experiências enfrentadas no cotidiano do trabalho com idosos.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de campo, no qual se pretendeu conhecer o perfil dos cuidadores que prestam cuidados domiciliares a idosos, bem como suas principais dificuldades, responsabilidades e tarefas assumidas perante o paciente e a família no ato de cuidar.

Cabe apresentar ao leitor o caminho a ser percorrido. Na revisão bibliográfica contextualizo o idoso quanto aos aspectos que contribuíram para o envelhecimento populacional referindo-me a importância em manter a autonomia do idoso ressaltando aspectos peculiares de necessidade de cuidados.

Após apresentar essas características, apresento os objetivos que balizaram este estudo; seguido do percurso metodológico, contextualizando o período e local do estudo, os participantes, os aspectos éticos que nortearam a pesquisa, os instrumentos utilizados bem como foi realizada a coleta de dados e toda organização para a realização da análise, os quais me permitiram organizar os resultados e discussão.

Os resultados são apresentados em três momentos. O primeiro diz respeito às características dos cuidadores quanto aos aspectos sócio-demográficos, nível de escolaridade concluído, principal profissão e as condições de saúde. O segundo e o terceiro momento, são caracterizados pelas análises das características do perfil dos cuidadores, identificação das principais dificuldades apresentadas e as repercussões no ato de cuidar no cuidador e sua família.

Na discussão, após relatar as principais dificuldades encontradas para a realização deste estudo, busco apresentar a relação do perfil dos cuidadores participantes do estudo com a literatura existente quanto aos aspectos sócio demográficos, escolaridade, grau de satisfação profissional e remuneração para o desempenho da função. Busco apresentar o relato dos cuidadores quanto à participação da família no processo de cuidar, a inexistência de um

suporte legal para o desempenho da atividade bem como a necessidade de um melhor preparo profissional para desempenhar a função.

Na conclusão trago a síntese do estudo, sinalizando para os profissionais de saúde, destacando o profissional de enfermagem, a importância de seu papel enquanto cuidador e educador para com a sociedade na busca de manutenção de melhoria da qualidade de vida dos idosos.

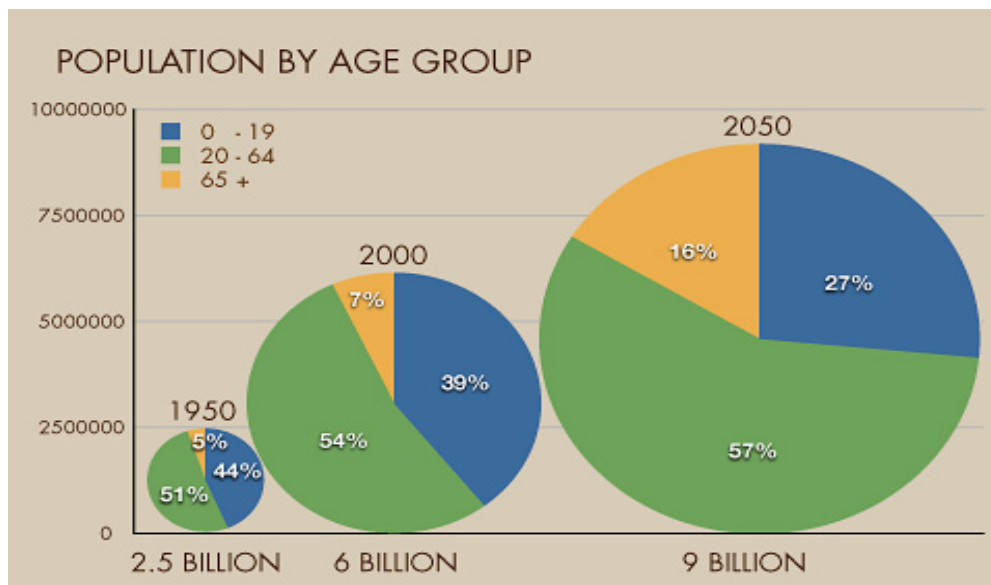
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Envelhecimento populacional e idoso.

O processo de envelhecimento populacional, que é atualmente um fato marcante para todas as sociedades; vêm ocorrendo de forma acelerada e contínua em muitos países, mas cada qual com sua particularidade, pois este depende não somente de fatores biológicos, mas, também de fatores econômicos, ambientais, científicos, culturais e sociais; na França este processo se desenvolveu em 115 anos, no Japão aconteceu em apenas 26 anos e estima-se que será de 21anos no Brasil. (CARVALHO; GARCIA, 2003; OMS, 2010).

Previsões da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que entre os anos de 2006 e 2030, o número de pessoas idosas nos países de renda baixa e média está projetado para aumentar em 140% em relação aos países de renda alta, onde o aumento será de 51%, e pela primeira vez na história, em 2050 haverá mais idosos do que crianças (0 – 14 anos) na população. A proporção de pessoas com 65 anos ou mais da população mundial vai passar de 7% em 2000 para 16% em 2050, conforme apresentado no Gráfico 1. (OMS, 2010).

Gráfico 1 - Distribuição da população mundial por grupo etário, OMS. 2010.



Fonte: United Nations (2006)

Segundo Narsi (2008), o processo de envelhecimento populacional é resultado do declínio da fecundidade e não do declínio da mortalidade. Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens, ou seja, para que uma determinada população envelheça, é necessário haver uma menor taxa de fecundidade.

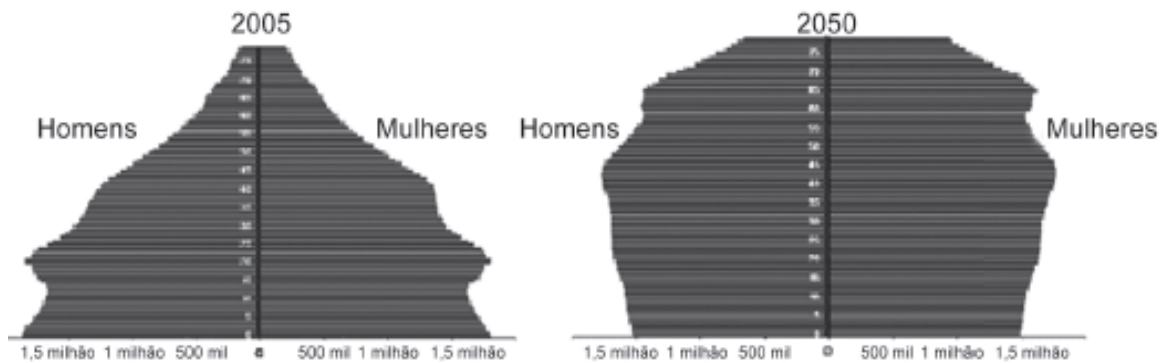
A população brasileira registrou as mais elevadas taxas de crescimento no período de 1950-1970, em torno de 3,0% ao ano. A partir do início da segunda metade dos anos 1960, essas taxas passaram a declinar fortemente, tendo como consequência uma redução acentuada dos níveis de fecundidade, além do declínio da mortalidade, que era verificada no país desde o término da Segunda Guerra Mundial (1945); assim, para a década de 2010, é estimada uma taxa média do crescimento da população de 0,9% ao ano, inferior a um terço da observada para o período 1950-1970. (BRASIL, 2010a)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 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”* (OPAS, 2003).

Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que nos últimos 30 anos, o aumento na esperança de vida ao nascer da população brasileira foi de 11,5 anos, que alcançou 73,5 anos em 2010; os mais expressivos incrementos foram observados na população feminina. (BRASIL, 2010b).

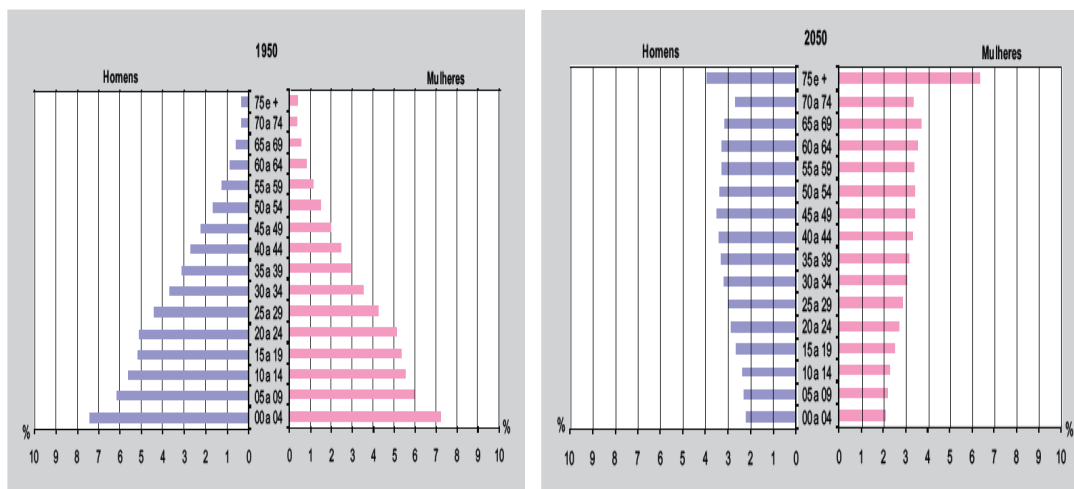
No Gráfico 2 podemos observar as pirâmides etárias derivadas da projeção para a população brasileira em 2005 e 2050, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no ano de 2008.

Gráfico 2- Pirâmides etárias derivadas da projeção para a população brasileira em 2005 e 2050. Fonte: IBGE, (2008a).



O Gráfico 2 evidencia uma redução na faixa de crianças e jovens, um aumento proporcional de adultos e principalmente dos idosos. Segundo dados do IPEA, no ano de 2008, as crianças de 0 – 14 anos de idade representavam 26,47% da população total enquanto o contingente de 65 anos e mais contribuía com 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 3,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos com 65 anos ou mais; o quadro previsto para 2050 é de que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. (BRASIL, 2010a).

No Estado de São Paulo, as projeções populacionais indicam que no ano 2050, irá ocorrer um decréscimo da população jovem e o aumento do contingente de idosos, isto é, o número de pessoas com 60 anos e mais deverá ultrapassar o de crianças até 14 anos, o que deixará a pirâmide populacional invertida, quando comparadas no ano de 1950 e a projeção para 2050 segundo a Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2010), conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 3 - Pirâmides etárias da população residente, por sexo, Estado de São Paulo – 1950-2050.

Fonte: SEADE (2010)

Conforme mostra o Gráfico 3, o idoso produzirá um novo panorama na população paulista, tendo como consequência um grande impacto em todos os setores da sociedade, como a saúde e a educação.

Concomitantemente à transição demográfica, ocorreu também a transição epidemiológica, na qual houve mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade (VERMELHO; MONTEIRO, 2004). Isto nos remete a mudanças em alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida que, em contrapartida, a sociedade tem o dever de integrá-los para a manutenção e seguridade de sua dignidade e autonomia.

Partindo-se das projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), que evidenciam que o número de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025 aumentará 15 vezes, enquanto o restante da população aumentará cinco, devemos nos preocupar em melhorar nossas práticas de cuidados, considerando os diferentes graus de dificuldade apresentados pelos idosos, com o princípio de manter sua autonomia e lugar na sociedade (BRASIL, 2009).

Para conceituar o termo idoso, a OMS considera a idade e o grau de desenvolvimento do país, de tal forma que, para os países desenvolvidos, o limite inferior de idade é de 65 anos e, para os países em desenvolvimento, a idade limite é de 60 anos e mais; no Brasil a idade limítrofe para ser idoso é 60 anos. (BRASIL, 1999).

Segundo Veras (2003), envelhecer não é sinônimo de doença, e sim um processo natural que deve ser considerado como peça fundamental na vida do ser humano, traduzindo-se de notável importância na vida de qualquer pessoa, pois, se considerarmos o fato de que

um homem saudável consegue avançar da juventude para a idade adulta, a probabilidade do mesmo chegar à velhice é grande.

Iniciamos o século XXI com uma significativa parcela da população constituída por pessoas idosas, graças aos importantes avanços científicos e tecnológicos, especialmente na área da medicina, onde se conseguiu dominar as infecções, erradicar muitas doenças infectocontagiosas, fazer diagnósticos cada vez mais precisos e recentemente, obteve-se a cura ou tratamentos mais eficazes para o controle de muitas doenças, ampliando a expectativa de vida e a alcançar maior longevidade (SANTOS, 2010), a qual "refere-se ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, se definido como geração ou coorte, o conjunto de recém-nascidos em um mesmo tempo ou mesmo intervalo de tempo". (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Rodrigues, Diodo e Barros (1996) descrevem que o homem, em desenvolvimento durante o ciclo da vida, é um ser biopsicossocial, passível de ser influenciado pelo ambiente físico, político e cultural em que vive, o qual pode facilitar ou dificultar seu processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento.

Neste sentido, Miyazaki (2009) ressalta que, o aumento da expectativa de vida da população, vem acompanhado de modificações nos padrões de consumo e de vida das pessoas. Tais mudanças tendem ao declínio dos problemas agudos e à ascensão das condições crônicas de saúde.

Assim, Brasil, (2006, p. 8) define que:

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

É função das políticas públicas de saúde contribuir para que um maior número de pessoas alcance a idade avançada, gozando o melhor estado de saúde possível, ou seja, o envelhecimento ativo e saudável, proporcionando um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa, que ainda sofre muito descaso na atual conjuntura de nossa sociedade. (BRASIL, 2006).

Encontrar um critério que permita distinguir um indivíduo idoso de um não idoso, pode suscitar divergências do ponto de vista científico, mas é extremamente importante para os formuladores de políticas. As políticas voltadas para a população idosa, evidentemente dependem de um ou mais marcos que caracterizem o idoso para definir quem pode ou não se beneficiar delas (BRASIL, 2002).

Para Montanholi et al. (2006), as definições de idoso são descritas a partir dos diferentes pontos de vista, tais como:

- biológico, que acontece desde a puberdade ou até mesmo desde a concepção;
- social, voltado ao quadro cultural e social como influência no processo do envelhecimento;
- econômico, quando o sujeito deixa o mercado de trabalho; e,
- funcional, quando se torna dependente para cumprir suas necessidades diárias básicas.

Não se fica velho aos 60 anos, o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias (BRASIL, 2008b). O preconceito e negação da sociedade contra a velhice colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo; é um compromisso de todo gestor em saúde, entender que os custos de hospitalizações e cuidados assistenciais são elevados na população idosa e que esses custos são investimentos durante a velhice.

O processo de envelhecimento é entremeado por mudanças e transformações em todos os aspectos da vida do indivíduo. Assim, Montanholi et al. (2006) cita que não é possível ter um único conceito para definir o idoso, tornando necessário conceituá-lo abordando os aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais.

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico apresenta-se em cada idoso de um modo singular. Para Martins et al. (2007), envelhecer é um processo natural que dá início a mais uma etapa da vida e se caracteriza por mudanças físicas, psicológicas e sociais, e não pode ser considerada um processo patológico. Ressalta ainda que a qualidade de vida não depende de sua reserva funcional, pois as doenças que surgem nesta fase podem ser prevenidas, apresentam diagnósticos e tratamento.

O mesmo autor afirma que o envelhecimento se apresenta como um fenômeno biológico, dentro de um ciclo natural na evolução dos seres vivos; enquanto que Carvalho e Garcia (2003), afirmam que o envelhecimento de uma população se baseia na modificação da estrutura etária das pessoas e não existe relação com os indivíduos ou com uma determinada

geração; portanto, não se pode afirmar que uma pessoa com 60 anos ou mais, é considerada idosa.

É esperado que o envelhecimento ocorra com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, exigindo promoção da saúde em todas as idades, lembrando que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem devido à falta de recursos e de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde (BRASIL, 2006).

Rodrigues, Watanabe e Dertl (2006) pontuam que o envelhecimento não é uma enfermidade, mas nesta fase da vida ocorrem mudanças de estruturas e funções corporais, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, ósseo e nervoso, que provocam a diminuição da capacidade funcional do indivíduo, dificultando a realização de suas atividades de vida diária. Dessa forma, no período de envelhecimento há necessidade de manutenção da capacidade funcional para não depender de outrem.

É importante ressaltar que a condição que leva o idoso a dependência de outro, ocorre devido às alterações relacionadas ao adoecimento, as quais por suas características de cronicidade geram situações que necessitam da presença de outrem por longos períodos, ou seja, a presença de um cuidador. (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

2.2 Cuidador e o idoso

Muitos idosos hoje gozam de boa saúde, outros trazem consigo problema adquirido anteriormente quer seja na adolescência ou mesmo na vida adulta, alguns ainda, adquirem as doenças como consequência do aumento da fragilidade e vulnerabilidade peculiar dessa faixa etária, necessitando de intervenções adequadas para sua readaptação, a fim de preservar sua autonomia. Veras (2003) relata que envelhecer representa o conjunto de modificações que acontecem no organismo, que surgem desde o nascimento até a morte, e também em consequência do tempo e hábitos de vida. Os problemas a serem abordados são múltiplos e contemplam as mais variadas dimensões do cuidar; porém devem ser preventivos, curativos e paliativos (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995)

Conforme citado por Garrido e Almeida (1999), o conceito sobre cuidador ainda é muito diversificado, não existindo um consenso único; neste sentido, Mazza e Lefevre (2005)

conceituam o cuidador como sendo aquela pessoa que presta qualquer tipo de cuidados à pessoa idosa no domicílio, podendo ou não ter vínculos familiares. Também é definido como cuidador, qualquer indivíduo, da família ou da comunidade, que presta cuidados à pessoa de qualquer idade, com algum nível de dependência para a realização de suas tarefas tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros, auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa; determinadas técnicas e procedimentos, devem ser realizadas por profissionais legalmente habilitados para este fim, dando ênfase aos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2008b).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), em seu código 5162 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” (BRASIL, 2012).

Brasil (2006) descreve que as doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas; estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades da vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, para cerca de 50% entre os com 90 anos ou mais.

Aproximadamente 40 % dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos e mais da metade da população de 85 anos ou mais apresentam algum tipo de incapacidade, gerando um quadro cada vez maior de sobrevivência na dependência de pessoas para suprirem suas incapacidades (CALDAS; MOREIRA, 2007).

O reconhecimento do cuidador do idoso é primordial na área de saúde, particularmente nas situações crônicas e de longo prazo. Neste contexto, o processo de tornar-se cuidador se dá de diferentes formas, de acordo com as características e valores que constituem os elos de cada família, e este autor conclui que o perfil de cuidadores de idosos na comunidade ainda é pouco conhecido (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Cerqueira et al. (2006) descrevem que para subsidiar a compreensão sobre o processo de envelhecimento saudável e prevenção de doenças, faz-se necessário a realização de pesquisas específicas das manifestações das doenças tipicamente da população idosa.

Caldas e Moreira (2007) e Garrido e Menezes (2004) citam que os cuidadores brasileiros não possuem formação e nem suporte para a realização de uma assistência à saúde de qualidade para o idoso em seu domicílio, tendo implicações no cotidiano do processo de cuidar desses idosos.

Segundo Rodrigues, Watanabe e Dert (2006), os cuidadores expressam que o desgaste físico e mental causado pelas atividades de cuidado, aliado às atividades e preocupações

diárias normais e também às próprias limitações ou incapacidades, tornam a vida mais difícil, podendo trazer danos ou maiores riscos à sua saúde.

É possível deduzir que, com o passar do tempo, o cuidador, vai adaptando sua vida e seu papel em relação às tarefas do cotidiano e do cuidado. Mesmo enfrentando dificuldades e momentos conturbados nesse processo conseguem, de uma forma ou outra, vislumbrar opções de lazer e descontração e reintroduz em seu cotidiano, gradualmente, algo que lhe permita retomar a atenção para consigo mesmo (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Determinadas ações implantadas pelo sistema de saúde têm buscado fortalecer a contribuição dos cuidadores domiciliares às pessoas que apresentam algum tipo de dependência, todavia a implantação desta proposta na prática ainda carece efetivação.

Na maioria dos países, constata-se que o cuidado do idoso sempre foi exercido por mulheres, principalmente as esposas, as filhas e as netas (PIMENTA, 2009). Essa realidade está sendo modificada, em função da inserção da mulher na sociedade e no mercado de trabalho, sendo necessária e importante a admissão de pessoas fora da família para a realização das necessidades diárias do idoso.

Os conhecimentos que fornecem contribuições para o cuidar do idoso e de seu cuidador incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (MARTINS et al., 2007).

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja avançada, a prática desses cuidados é ainda insatisfatória, necessitando-se utilizar o Estatuto do Idoso como instrumento para a conquista desses direitos e a ampliação da Estratégia Saúde da Família, na qual se revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social (BRASIL, 2006). A inserção ainda que incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornou-se imperiosa, necessitando assim a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Nessa problemática, Cattani e Girardon-Perlini (2004) comenta que as políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio é o melhor local para o idoso envelhecer, sendo que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. Cuidar de idosos dependentes acometidos por uma doença crônica ou aguda constitui-se então, numa situação freqüente para muitos cuidadores.

Embora as doenças físicas possam assumir uma variedade de formas, é no âmbito familiar que cada vez mais elas serão resolvidas; os cuidadores precisam se capacitar para adquirir uma visão crítica para o oferecimento de uma assistência de qualidade.

O cuidar do idoso em seu domicílio é uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado, por períodos prolongados, não é uma tarefa que pode ser realizada sem apoio e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel (KARSCH, 2003).

Diante dessa situação, vale ressaltar que a enfermagem é uma das profissões vitais para que, diante das dificuldades evidenciadas no cotidiano, os cuidadores, possam se sentirem assistidos e não solitários enquanto cuidam. Quando acompanham o cuidador no domicílio, os profissionais da enfermagem dão auxílio, prestando uma assistência efetiva, proporcionando um acolhimento de forma digna pelo serviço de saúde, colaborando para que o familiar e o cuidador, em vez da inexperience, tenham possibilidade de adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para lidar com a demanda de cuidados que a doença do idoso exige (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Assim, o enfermeiro atua como um elo entre o cuidador, familiar e o serviço de saúde. Estudos e pesquisas centradas em gerontologia, com enfoque no cuidador, são essenciais para o conhecimento da realidade e das dificuldades vivenciadas, bem como para a melhora da saúde do idoso e do cuidador.

Diante da realidade vivenciada pelo idoso, especialmente aquele que possui dependências físicas e psicológicas, bem como o cotidiano imposto ao seu cuidador, a presente investigação se justifica pela necessidade de maior conhecimento do cuidador, de suas dificuldades e do papel que a sociedade lhe faculta.

A partir desse enfoque, o estudo poderá subsidiar profissionais da saúde, em especial os da enfermagem, a refletirem sobre suas atividades desempenhadas junto aos cuidadores, no sentido de propiciar o desenvolvimento de práticas holísticas, reflexivas e capazes de subsidiar a assistência ao idoso e seu cuidador.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil do cuidador de idoso que presta cuidado no âmbito domiciliar, no município de Taquaritinga – SP.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os cuidadores de idosos no âmbito domiciliar segundo variáveis sócio-demográficas.

- Descrever as principais dificuldades e necessidades enfrentadas pelo cuidador na prestação dos cuidados domiciliares ao idoso dependente, correlacionando-as com o grau de dependência do idoso e a escolaridade do cuidador.

- Comparar o grau de satisfação com as condições de trabalho, interferência familiar e jornada de trabalho semanal.

- Identificar tarefas e responsabilidades assumidas pelo cuidador no cotidiano da família do idoso.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Local da pesquisa

O local escolhido para o estudo foi o município de Taquaritinga-SP. A opção pela escolha do local deve-se à minha vida pessoal e minha atuação profissional como enfermeira desde 1980 em instituições locais de saúde, e como docente de cursos de enfermagem.

Taquaritinga está situada em 48°29'53"W, 21°24'24"S com uma extensão territorial de 594,22 km². É servida pelas rodovias estaduais Carlos Tonani (SP-333), Washington Luiz (SP-310) e Anhanguera (SP-330). Têm como limites: ao Norte, os municípios de Jaboticabal e de Monte Alto; a Noroeste, os municípios de Fernando Prestes e de Cândido Rodrigues; ao Sul, o município de Matão; a Sudeste, os municípios de Santa Ernestina e de Dobrada e ao Sudoeste, o município de Itápolis.

A população de Taquaritinga segundo o IBGE 2010 é de 53.985 habitantes, sendo respectivamente 49,38% (26.659) masculina e, 50,62% (27.326) feminina, com concentração predominantemente urbana (94,78%) A distribuição da população, por grupo etário, tem a maior concentração nas faixas etárias de 20 - 29 anos (17,6%); 30 - 39 anos (15,7%); e de 40 - 49 anos (14,2%). O grupo de 60 anos e mais corresponde a 12,49%, o equivalente a 7.349 pessoas. Apresentou um índice de envelhecimento populacional no ano de 2011 de 60,9, superior ao observado no Estado de São Paulo que foi de 51,24. Entende-se por envelhecimento populacional, o número de pessoas com 65 ou mais anos de idade, para cada 100 pessoas de 0 a 14 anos de idade; mede o número de pessoas idosas em uma população, para cada grupo de 100 pessoas jovens (BRASIL, 2010b)

O município apresentou uma taxa de mortalidade na população com 60 anos e mais no ano de 2008 de 4,024/ 1000 habitantes, enquanto que a região e o estado tiveram respectivamente 3,721 e 3,656/1000 habitantes. (BRASIL, 2000).

Como principais causas de óbitos na população com 60 anos e mais, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), predominaram as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, seguidas por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. Taquaritinga acompanha nas últimas décadas, a distribuição de óbitos que vem sendo observada no Brasil, destacando a importância das doenças crônico-degenerativas associadas ao envelhecimento da população (BRASIL, 2009).

O município conta com ações de saúde voltadas para a Saúde da Mulher, atenção à Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Tuberculose e Hanseníase, Doenças Crônicas-Degenerativas, Urgência e Emergência, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Hepatites Virais e outras preconizadas pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que o Programa Nacional de Atenção à Pessoa idosa, estabelecido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) encontra-se em fase incipiente de instalação.

Atualmente a rede assistencial em saúde, na atenção primária e secundária, de Taquaritinga é composta de:

- Centro de Atenção Psicossocial: 02
- Centros de Saúde/ Unidade Básica de Saúde: 09
- Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado: 04 públicos e 05 privados;
Consultórios isolados: 80
- Cooperativa: 01
- Hospital Dia: 01;
- Hospital Geral: 01;
- Policlínica: 02;
- Pronto Socorro Geral: um público e um privado;
- Secretaria de Saúde; 01;
- Unidade de serviço de Apoio de Diagnose e Terapia: 09, todas privadas;
- Unidade Móvel Terrestre: 01.

No tangente à saúde da pessoa idosa, tanto na atenção primária quanto na secundária, há inexistência de um local específico para atender a essa demanda.

4.2 População do estudo

A população de estudo foi constituída por 113 cuidadores domiciliares que assistem idosos com idade de 60 anos e mais, residentes na zona urbana de Taquaritinga (SP).

O cuidador, sujeito do presente estudo, foi considerado como sendo aquele que cuidava do idoso portador de doença aguda ou crônica, que em razão do envelhecimento e da(s) dificuldades(s), apresenta algum estado de incapacidade e dependência de outro para realização das atividades básicas de vida diária, que compreendem as tarefas próprias da vida diária como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se. (CALDAS, 2002).

Tiveram como critérios de inclusão na amostra: ser o principal cuidador do idoso, idade superior ou igual há 18 anos, possuir tempo de experiência como cuidador igual ou superior a 30 dias e que, aceitaram em participar do estudo. Não participaram deste estudo as pessoas que tinham carga de trabalho como cuidador inferior a oito horas semanais ou que pertenciam à família do idoso.

Embora se saiba que atualmente conceitos de família vêm sofrendo grandes transformações, o critério adotado para definir família e estabelecer se havia presença de vínculo, foram: os que relatavam existir algum laço de parentesco, residir e/ou conviver no mesmo domicílio, existência de alguma dependência doméstica; e, o cuidador não familiar, pelo fato de despreparos ocasionados pela demanda de tempo e suas tomadas de decisões relacionadas ao processo saúde-doença estarem frequentemente associadas aos seus hábitos de vida, crenças e valores, que sejam compatíveis com suas condições socioeconômicas (ALTHOF; LAURINDO, 1998; CALDAS, 2002).

4.3 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de campo, no qual se pretendeu conhecer as seguintes variáveis: identificação do perfil dos cuidadores na prestação de cuidados domiciliares bem como suas principais dificuldades, responsabilidades e tarefas assumidas perante o paciente e a família no ato de cuidar.

4.4 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, optou-se pela elaboração de um questionário, elaborado pela pesquisadora, contendo as variáveis de interesse, conforme o APÊNDICE A.

Para avaliar-se a viabilidade da aplicação do instrumento para a coleta de dados, optou-se em realizar um pré-teste com seis cuidadores, com objetivo de observarem-se as dificuldades na compreensão das questões e se contemplava todas as variáveis de interesse do pesquisador, nos meses de fevereiro e março de 2011.

Para contemplar um dos objetivos específicos sobre as dificuldades do cuidador na prestação de cuidados, foi aplicado o Índice de Barthel (ANEXO A), que avalia o grau de independência do idoso.

A interpretação é realizada atribuindo-se notas em intervalos de cinco pontos em cada categoria, em conformidade com desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, sem necessidade de alguma ajuda e dependência.

A pontuação geral varia de 0 a 100, sendo que as pontuações mais elevadas indicam maior independência; uma pontuação de Zero (0) é atribuída quando o indivíduo é incapaz de realizar os critérios estabelecidos. (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MINOSSO et al., 2010).

Na pontuação proposta por Barthel (1965), 100 pontos indicam que o indivíduo é totalmente independente, valores entre 91 e 99 indicam uma dependência leve; entre 61 a 90, uma dependência moderada; entre 21 e 60 uma dependência grave e, valores inferiores a 20 indicam uma dependência total.

4.5 Operacionalização da coleta de dados

A identificação e seleção dos cuidadores foi um grande desafio, pois para a obtenção desses dados fez-se necessário um levantamento prévio do número de cuidadores. Foi realizada uma aproximação da pesquisadora para com os cuidadores de seu conhecimento que frequentam curso de enfermagem, bem como das equipes de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e na Santa Casa de Misericórdia local. Essa aproximação estabeleceu uma relação de confiança que possibilitou a identificação de novos cuidadores. Também foram realizadas consultas aos anúncios publicados no jornal local, de circulação semanal, na coluna *Procura-se Empregos*. No final, foram identificados 113 cuidadores que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos.

Após a identificação dos cuidadores, a pesquisadora realizou um contato prévio, via telefone ou pessoal, para apresentar-se e agendar dia e local para entrevista e aplicação dos questionários. Os questionários foram aplicados individualmente, em locais diferentes de onde prestavam os cuidados.

As entrevistas, que, nos pré-testes tiveram duração de aproximadamente 20 minutos; tiveram durações variadas. Algumas seguiram o tempo testado, mas a grande maioria ultrapassou, atingindo aproximadamente uma hora. Isto evidenciou as dificuldades e necessidades dos cuidadores de partilhar seus problemas para realizar suas tarefas no processo de cuidar.

O tempo necessário para a conclusão das entrevistas, iniciadas em 14 /07/2011, foi de 72 dias. A identificação de novos cuidadores findou-se quando exauriu o círculo de conhecimento das pessoas que atuavam na área, coincidindo as novas indicações com pessoas que já haviam respondido o questionário.

4.6 Processamento e análise dos dados

Foi elaborado um banco de dados em uma planilha do programa Microsoft Excel, versão 2007 para a digitação dos questionários e posteriormente foram analisados com o auxílio do software estatístico Statistical Analysis Software. (*SAS*) *for Windows* versão 9.2 para a realização da distribuição das freqüências simples e acumuladas de todas as variáveis do instrumento.

Na análise quantitativa foram consideradas medidas de frequência simples e porcentagem para a construção de tabelas e comparações conforme interesse da pesquisadora.

4.7 Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa foi observada a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL,1996) que regulamenta a pesquisa em seres humanos submetendo-se à aprovação do Comitê de Ética do CSE-FMRP- USP (Anexo B). O estudo recebeu a autorização de cada um dos locais envolvidos para a seleção dos cuidadores (Apêndices C, D e E).

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação por esses órgãos; antecedendo a aplicação dos instrumentos., a pesquisadora prestou esclarecimentos a cada participante quanto à colaboração ser voluntária, os objetivos e a natureza da pesquisa, o sigilo, a não obrigatoriedade em responder todas as questões, isenção de riscos e de qualquer tipo de ônus, principalmente sobre o seu trabalho. Vale ressaltar que alguns participantes inicialmente apresentaram resistência em responder imbuídos pelo "medo" de perder o emprego, porém no final não houve qualquer recusa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5. RESULTADOS

Participaram desse estudo 113 cuidadores que prestavam cuidados aos idosos que apresentavam algum estado de incapacidade ou dependência para realização das atividades básicas de vida diária.

5.1 Características sócio demográficas

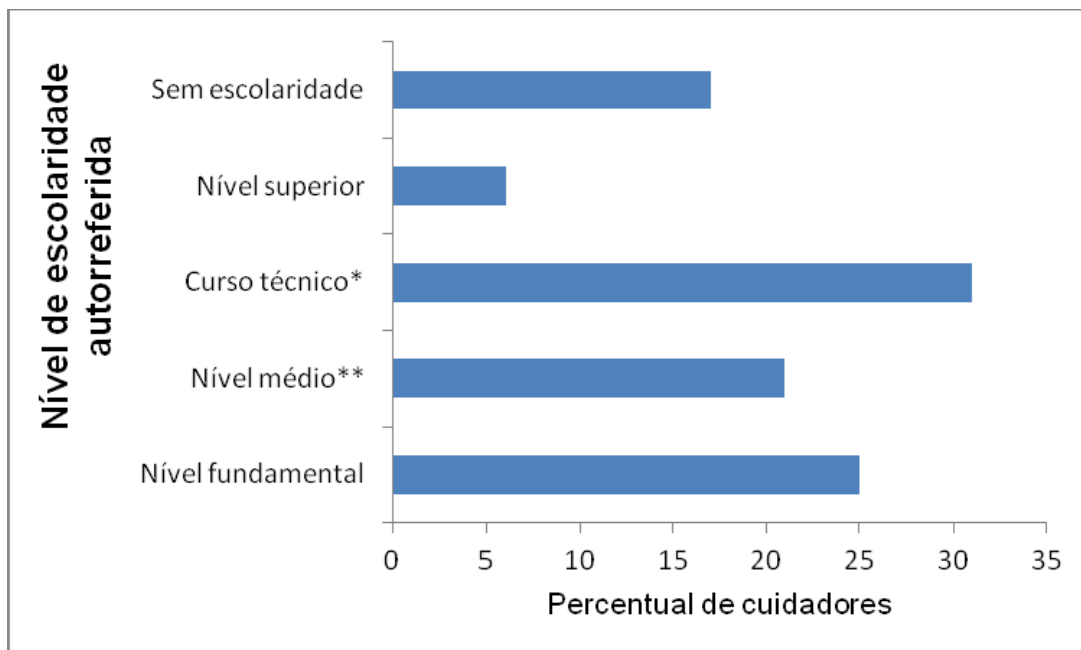
Na tabela 1 são apresentadas as características dos cuidadores segundo faixa etária, sexo e estado civil. Nota-se que existe um predomínio de mulheres (70%), tanto nas faixas etárias de 19-39 como na de 40 – 59 anos, vivendo em uniões consensuais ou casadas e que existem 11 idosas cuidadoras (0,9%). Entre os cuidadores do sexo masculino, destaca-se a faixa etária de 19 – 39 anos, que contribui com 6,6 % dos cuidadores de idosos.

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores segundo sexo, faixa etária e estado civil

Faixa etária (anos)	Estado civil e sexo										Total	
	Casado		Solteiro		União consensual		Separado		Viúvo			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
19 – 39	6	16	6	19	2	5	1	1	1	1	16	42
40 – 59	1	27	-	7	-	2	-	2	-	5	1	43
60 - +	-	4	-	2	-	2	-	2	-	1	-	11
Total	7	47	6	28	2	9	1	5	1	7	17	96

A distribuição dos cuidadores segundo o nível de escolaridade concluído autorreferido é apresentada no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição dos cuidadores (%) segundo o nível de escolaridade concluído autorreferido.

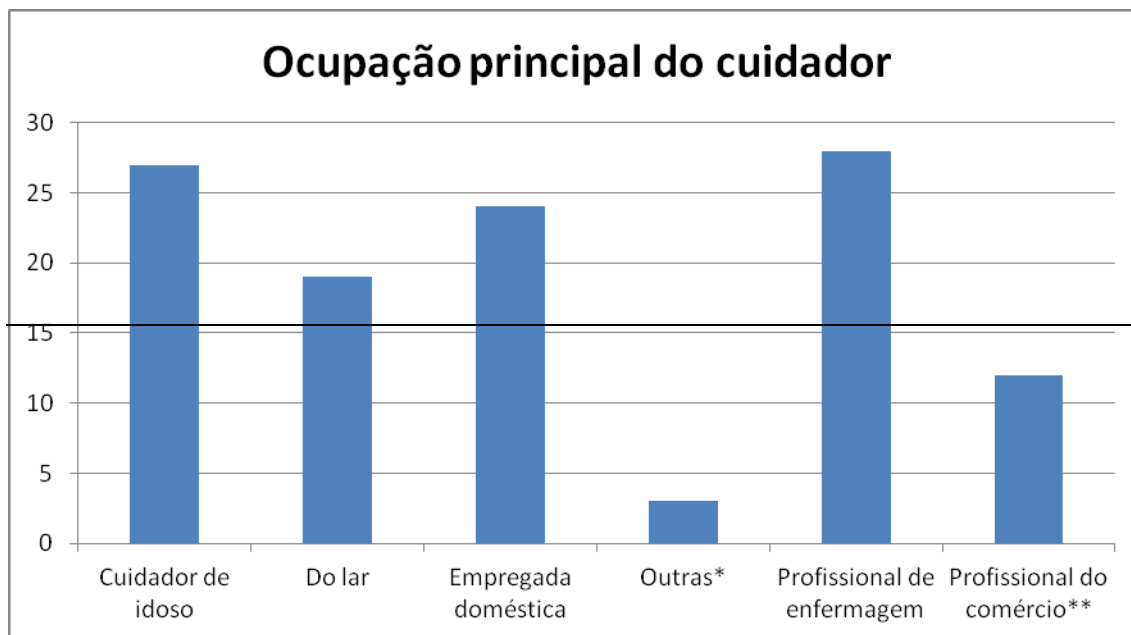


* Curso Técnico - 31 % (n = 35): 32 com formação em enfermagem, 2 em radiologia e 1 em farmácia.

** Nível médio - 21 % (n = 24): 3 com formação de auxiliar de enfermagem.

Das pessoas que exercem a profissão de cuidador, 35 (31%) apresentam curso técnico, 19 (16,8%) não possuem escolaridade e somente 7 (6%) possuem formação de nível superior.

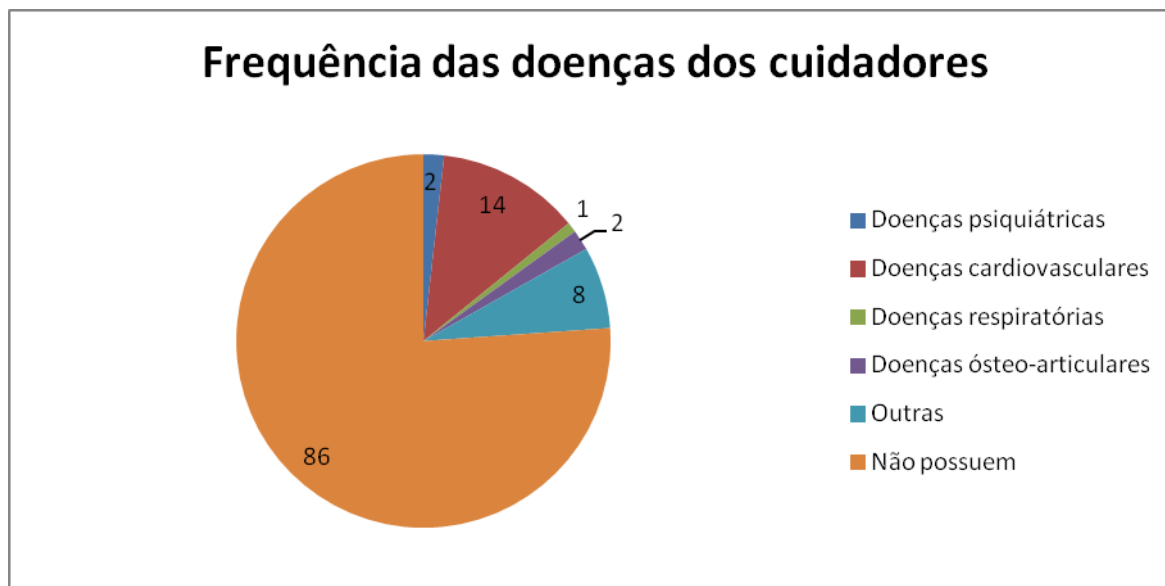
No Gráfico 5 é evidenciada a ocupação principal autorreferida exercida pelos cuidadores.

Gráfico 5 - Distribuição dos cuidadores autorreferida segundo a principal ocupação exercida

* Outras: Ocupações com frequência de apenas um caso: estudante, motoboy, operador de máquinas, professora nível fundamental, babá.

** Ocupação do comércio: manicure, pasteleiro, vendedor, secretária, padeiro, confeitoiro, costureira, carpinteiro e balconista.

Das pessoas que trabalham como cuidador de idoso, apenas 27 (23 %) exercem somente esta atividade e os demais, além desta, exercem outras atividades como enfermagem, trabalho no comércio, empregada doméstica e do lar. Dos 86 cuidadores que exercem outra atividade, 58 atuam fora da área da saúde. O estado de saúde autorrelatado do cuidador é apresentado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição dos cuidadores segundo seu estado de saúde autorrelatada

De acordo com o Gráfico 6, observa-se que entre os 113 cuidadores entrevistados, 86 (76%) não referem qualquer tipo de doença; dos 27 cuidadores (24%) que relatam apresentar alguma doença, há predomínio das doenças cardiovasculares (51,8%), seguidas por doenças psiquiátricas (29,6%), ósteo-articulares (7,4%) e outras doenças (respiratórias, neurológicas, câncer, hipo e hipertiroidismo).

5.2 Características do perfil e dificuldades do cuidador.

Na Tabela 2, são apresentados os resultados da autoavaliação dos cuidadores quanto à sua qualificação profissional e o preparo para exercer a função.

Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores segundo sua qualificação profissional e o preparo para exercer a função autorreferido.

Qualificação profissional	Preparo autorreferido		Total	
	Pouco	Bem	N	(%)
Cuidador de idoso	-	5	5	(4,4)
Enfermeiro	-	3	3	(2,7)
Técnico e aux. enfermagem	1	5	6	(5,3)
Sem qualificação	50	49	99	(87,6)
Total	51	62	113	(100,0)

A Tabela 2 mostra que dos 113 cuidadores que participaram do estudo, 99 (87,6%) relataram não possuir qualificação para exercer tal função e desses, 49 (49%) se autoavaliaram como bem preparados; dos profissionais que possuem formação na área da saúde, somente um cuidador se autoavaliou como pouco preparado.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos cuidadores segundo a escolaridade e as dificuldades referidas para o ato de cuidar.

Tabela 3 - Distribuição segundo o grau de escolaridade dos cuidadores e as dificuldades referidas para o ato de cuidar.

Escolaridade Concluída.	Dificuldades de cuidar			Total	
	Paciente	Familiares	Não tem	N	(%)
Fundamental	6	1	21	28	(24,8)
Médio	7	1	16	24	(21,2)
Curso técnico	8	2	25	35	(31,0)
Superior	1	2	4	7	(6,2)
Sem Escolaridade	4	1	14	19	(16,8)
Total	26	7	80	113	(100,0)

Como pode ser observado na Tabela 3, a dificuldade para cuidar foi relatada em todos os níveis de escolaridade, com maior frequência pelos profissionais que possuem o curso

técnico de enfermagem. Ressalta-se que 80 cuidadores (70%) relataram não possuir dificuldades, dos quais 14 estão na categoria sem escolaridade e 21 apresentam apenas o nível fundamental. Pode-se constatar também que, dentre os 33 cuidadores que relataram algum tipo de dificuldade de cuidar, 26 referiram que elas eram relacionadas ao paciente.

Ainda quanto à dificuldade do cuidador, buscou-se verificar se esta era relacionada ao grau de dependência do paciente, utilizando-se para tal, o Índice da Barthel de Atividades de Vida Diária.

Tabela 4 - Distribuição dos cuidadores quanto às dificuldades relatadas e o grau de independência do idoso.

Dificuldade de cuidar	Grau de Dependência do Idoso					Total	
	Total	Grave	Moderada	Leve	Independente	N	(%)
SIM	7	18	7	1	-	33	(30,0)
NÃO	12	40	24	3	1	80	(70,0)
Total	19	58	31	4	1	113	(100,0)

Segundo os resultados apresentados na Tabela 4, verifica-se que dos 113 cuidadores entrevistados, 80 (70%) não relataram dificuldade de cuidar, para todos os tipos de dependência do paciente; dos 33 (30%) que relataram sentir dificuldade, observou-se que 25 cuidavam de idosos com dependência total ou grave .

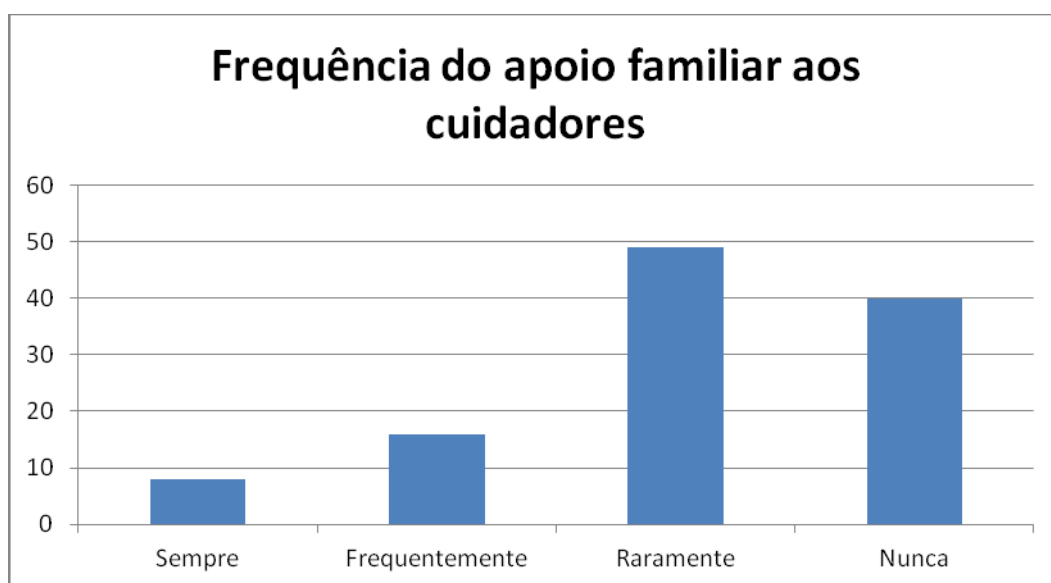
Quando questionados sobre a sua capacidade de cuidar, somente 6 cuidadores relataram não se sentirem capazes e dos 107 que se autoavaliaram capazes, todos manifestaram sentir necessidade de apoio de outros profissionais de saúde conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos cuidadores segundo a sua capacidade de cuidar e necessidade de apoio de outros profissionais de saúde.

Capacidade de cuidar	Necessidade de apoio profissional			Total	(%)
	De alguma forma	Mais ou menos	Muito		
Sim	23	62	22	107	(94,7)
Não	-	-	6	6	(5,3)
Total	23	62	28	113	(100,0)

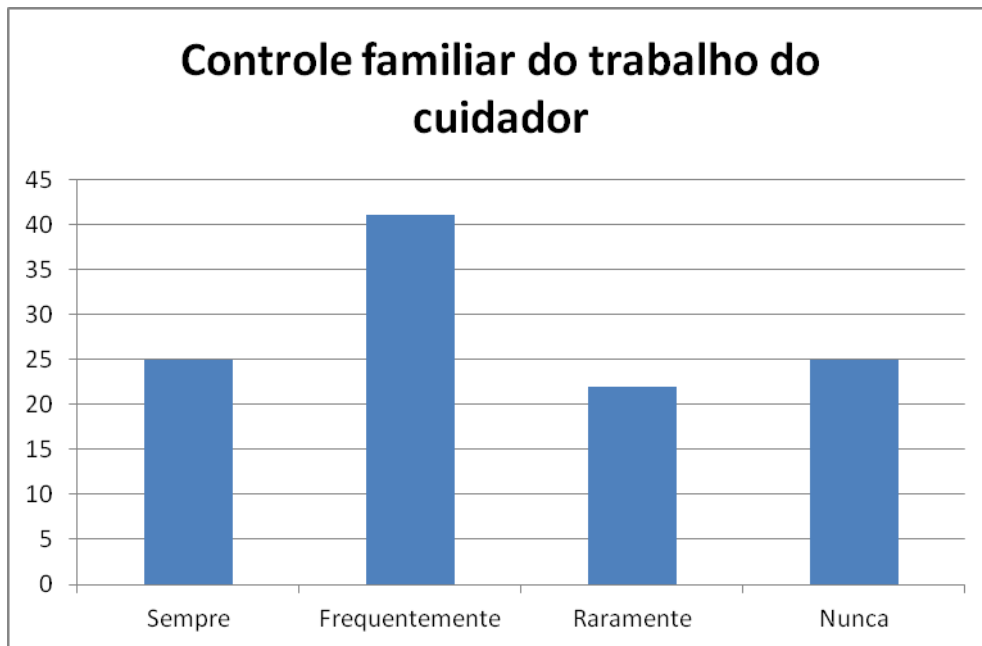
A frequência do apoio dos familiares ao trabalho do cuidador está apresentada no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Distribuição da frequência do apoio familiar aos cuidadores na prestação de cuidados ao idoso.



Quanto ao apoio familiar na prestação de cuidados ao idoso, é importante destacar que 40 (35%) cuidadores relataram não receber qualquer apoio de membro da família.

No Gráfico 8 é apresentada a distribuição dos cuidadores segundo o relato da intensidade do controle dos familiares no desempenho de suas tarefas de cuidar.

Gráfico 8 - Distribuição dos cuidadores segundo o controle familiar de seu trabalho

De acordo com o Gráfico 8, observa-se que apenas 25 (22% cuidadores) relatam ter autonomia para exercer seu trabalho, conforme a sua percepção de necessidade de cuidados do idoso.

O Gráfico 9 apresenta a distribuição dos cuidadores de acordo com a frequência de atribuições delegadas pela família, além do ato de cuidar. Na Tabela 6 são apresentadas as frequências das principais atribuições delegadas pela família ao cuidador.

Gráfico 9 - Distribuição dos cuidadores segundo a frequência de atribuições delegadas pelas famílias, além da atividade de cuidar do idoso.

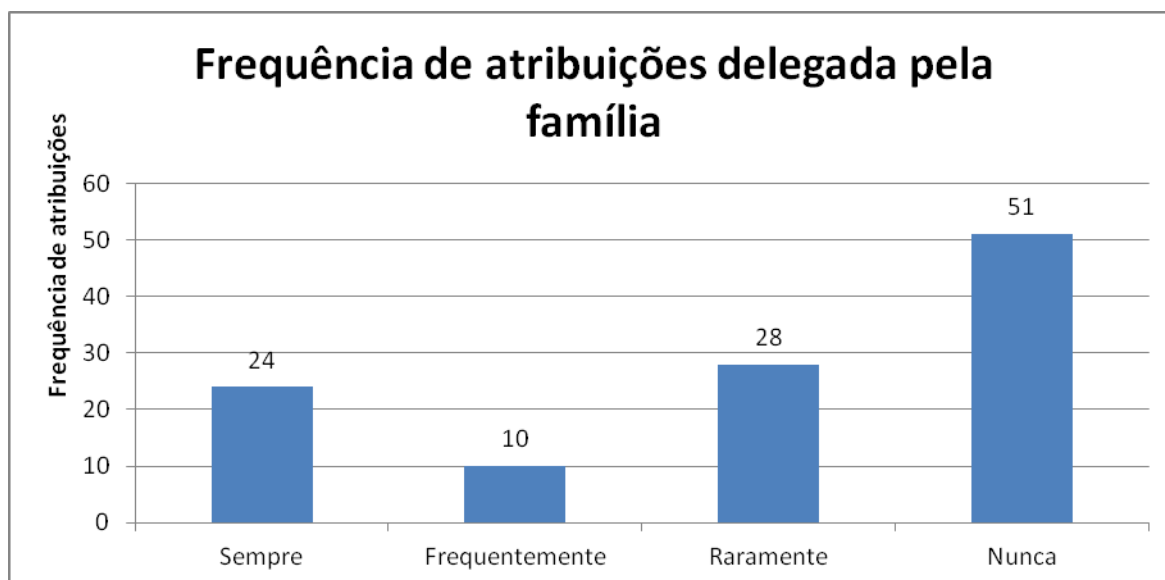


Tabela 6 - Distribuição das principais atribuições delegadas pelas famílias ao cuidador, além da atividade de cuidar do idoso.

Frequência das atribuições delegadas pela família	Principais atribuições			Total	
	Serviços domésticos	Doméstico e externo	Externo	N	(%)
Raramente	10	2	5	17	(27,0)
Frequentemente	12	3	6	21	(34,0)
Sempre	14	7	3	24	(39,0)
Total	36	12	14	62	(100,0)

Pode-se notar que apenas 51 (45%) cuidadores não exercem outras atividades além do cuidar; entre os 62 (55%) cuidadores que relataram desempenhar outras atribuições além do ato de cuidar, existe uma predominância de serviços domésticos para os demais membros da família.

A distribuição dos cuidadores segundo o tipo de contrato de trabalho é apresentada na Tabela 7 e na Tabela 8 a distribuição dos cuidadores segundo sua carga horária semanal e seu turno de trabalho.

Tabela 7 - Distribuição dos cuidadores segundo o tipo de contrato. Taquaritinga, 2011

Tipo de contrato do cuidador	Total	
	N	(%)
Formal (CLT)	30	(26,6)
Autônomo	17	(15,0)
Sem vínculo	66	(58,4)
Total	113	(100,0)

Tabela 8 – Distribuição dos cuidadores segundo a carga horária semanal e turno de trabalho

Carga de trabalho (horas)	Turno de trabalho			Total N(%)	(%)
	Dia	Noite	Dia e Noite		
Inferior a 8	6	2	1	9	(8,0)
8 – 20	12	8	6	26	(23,0)
20 – 30	4	11	9	24	(21,0)
Superior a 30	19	21	14	54	(48,0)
Total	41	42	30	113	(100,0)

Verifica-se na Tabela 7 que embora 54 (48%) dos 113 cuidadores entrevistados tenham carga de trabalho semanal superior a 30 horas, 66 (58,5%) não possuem vínculo empregatício e apenas 30 (26,5%) apresentam como contrato a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Observa-se ainda na Tabela 8, que 42 (37%) cuidadores exercem o trabalho apenas no período noturno e 41 (36 %) apenas no período diurno.

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos cuidadores segundo a frequência e o grau de satisfação quanto à remuneração recebida pelo trabalho de cuidar.

Tabela 9 – Distribuição dos cuidadores segundo o grau de satisfação da remuneração recebida e sua frequência

Remunerado	Grau de satisfação da remuneração			Total
	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	N
Sempre	21	1	54	76
Frequentemente	5	3	6	14
Raramente	2	3	8	13
Nunca	8	1	1	10
Total	36	8	69	113
(%)	32,0	7,0	61,0	100

Dos 113 cuidadores que participaram do estudo, 76 (67 %) relataram serem sempre remunerados e destes 54 encontram-se satisfeitos. Ressalta-se que 10 cuidadores relataram nunca e 13 raramente serem remunerados, o que corresponde a 21 % dos cuidadores.

5.3 Repercussões do ato de cuidar no cuidador e sua família

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos cuidadores segundo a frequência do relato de que a atividade de cuidar interfere na vida familiar do cuidador.

Tabela 10 - Distribuição dos cuidadores segundo interferência do trabalho na sua vida familiar, de acordo com o número de pacientes que presta cuidado

Número de pacientes cuidados	Interferência do trabalho na vida familiar				Total	
	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	N	(%)
Um paciente	14	9	50	18	91	(80,5)
2 pacientes/ 1 domicílio	-	1	7	5	13	(11,5)
2 pacientes/ 2 domicílios	-	-	5	1	6	(5,3)
Superior a 2 pacientes/ 2 domicílios	-	-	3	-	3	(2,7)
Total	14	10	65	24	113	(100,0)

Observa-se que 91 (80,5%) cuidadores prestam cuidados para um único paciente e que apenas 24 (21%) cuidadores relataram que seu trabalho nunca interferiu em sua vida

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos cuidadores segundo sua percepção de sentir-se sobrecarregado no trabalho, de que sua atividade é prejudicial à sua saúde e de que ela interfere em sua vida social.

Tabela 11 - Distribuição dos cuidadores segundo a sua percepção quanto a sentir-se sobrecarregado no serviço, se o trabalho de cuidador é prejudicial a sua saúde, e se interfere em sua vida social.

Variáveis	N	%
Sente-se sobrecarregado no serviço		
Sempre	13	12
Frequentemente	40	35
Raramente	28	25
Nunca	32	28
O trabalho de cuidador é prejudicial a saúde		
Sempre	3	3
Frequentemente	36	32
Raramente	24	21
Nunca	50	44
Sente sua vida social prejudicada		
Sempre	10	9
Frequentemente	49	43
Raramente	15	13
Nunca	39	35

Dos 113 cuidadores entrevistados, quando questionados sobre a sensação de sobrecarga, apenas 32 (28 %) relataram não se sentir sobrecarregados. Com relação à sua atividade ser prejudicial à saúde, 63 (56%) cuidadores relataram sofrerem algum tipo de influência prejudicial, dos quais 39 referiram que as atividades de cuidar frequentemente ou sempre prejudicam a sua saúde.

No tangente a vida social, 39 (35%) cuidadores relataram que ela não é prejudicada e 74 (65%) avaliaram apresentar algum prejuízo devido à sua atividade de cuidador-

6. DISCUSSÃO

Com aumento do contingente populacional, estatísticas apontam que o Brasil, hoje, apresenta aproximadamente 21 milhões de idosos; em 2025 esse número passará para 32 milhões, quando o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa, e em 2050 o percentual de idosos será igual ou superior ao de crianças de 0 a 14 anos.

Existem diversos fatores que contribuem para a maior expectativa de vida e, conseqüentemente, para o aumento da população idosa, destacando a natural evolução e modernização de todo o aparato científico e tecnológico, especialmente na área da medicina, onde se conseguiu debelar infecções, erradicar e controlar muitas doenças infecto-parasitárias, fazer diagnósticos cada vez mais precisos e precoces, recuperar e reabilitar problemas tidos até então como insolúveis, ampliar a expectativa de vida e atingir altos índices de longevidade no Brasil.

No mundo, iniciamos o século XXI com uma parcela significativa da população composta por idosos, ressaltando que os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” acima de 80 anos, também vem aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2010b).

O processo de envelhecimento é permeado por alterações fisiológicas e funcionais naturais do organismo, que podem aumentar a vulnerabilidade a agravos e doenças que poderão acarretar comprometimento na qualidade de vida uma vez que, as principais causas de morbi-mortalidade passam a serem as doenças crônico-degenerativas que, segundo o Ministério da Saúde, vão perdurar em média por quinze a vinte anos na vida do idoso (BRASIL, 1999).

Com o propósito de lidar com o impacto do envelhecimento sobre a saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou na VII Conferência Mundial sobre o envelhecimento realizado em *GENEBRA* (2004) um conjunto de princípios destinados a servir de orientação para cuidados primários de saúde (APS), em relação à comunidade com as necessidades dos idosos, destacando a informação, comunicação, educação e treinamento para os profissionais como essencial, pois Kalache (2004) argumentou que o envelhecimento humano

viria acompanhado do aumento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares e demais afecções relacionadas ao envelhecimento.

Com as mudanças estruturais no arranjo familiar, a inserção da mulher no mercado de trabalho, bem como as leis e as políticas públicas de saúde à pessoa idosa, vem incutindo na população, a importância e a necessidade de um olhar diferente para o idoso, assim como para todas as pessoas que participam de seu cuidado direto ou indireto, quer seja na manutenção, recuperação ou promoção de saúde para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Dentro deste contexto, faz-se necessário cada vez mais, a presença de um cuidador para auxiliar e/ ou assumir a responsabilidade dos cuidados domiciliares dos idosos.

O presente estudo, foi realizado com 113 cuidadores de idosos dependente residentes no município de Taquaritinga (SP); e, teve como objetivo caracterizar os cuidadores bem como descrever as principais dificuldades e necessidades enfrentadas na prestação dos cuidados ao idoso.

6.1 Dificuldades de trabalho em campo.

A aplicação do questionário iniciou-se com o teste piloto, onde se identificou algumas falhas de redação, de compreensão das questões e no tipo de respostas.

De acordo com Gil (1999) o pré-teste é um importante procedimento metodológico que têm como finalidade em evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, complexidade das questões, constrangimento nos participantes, disponibilidade de tempo e inutilidade de questões, assegurando-se assim a confiança e a validade dos dados obtidos.

O questionário refere-se a um meio de se obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante ou um entrevistador preenche e possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja (CERVO; BERVIAN, 2002). Segundo os autores, as perguntas fechadas são de fácil aplicação, fáceis de codificar e analisar; enquanto que as abertas possibilitam recolher dados ou informações mais ricas e variadas, mas encontra-se uma dificuldade maior em analisar e codificar.

A maior dificuldade para a realização deste trabalho, foi mesmo o tempo gasto nas entrevistas, onde a maioria delas teve duração de uma hora, chegando algumas a ultrapassar este tempo em mais de 30 minutos. No pré-teste, o tempo estimado para as respostas foi de 20 minutos-

Após a conclusão das respostas, o cuidador entrevistado sentia necessidade de partilhar suas emoções, as dificuldades para a realização do trabalho, a delegação de outras atividades como serviços domésticos pelos familiares e inúmeros problemas pessoais, acrescidos dos impostos pela família do idoso como, o não envolvimento no processo de cuidar. Sem poder interferir, e ciente da necessidade de compartilhar as angústias, colhia as entrevistas somente ouvindo.

A estratégia de identificar os cuidadores para participar do estudo, foi difícil e passível de falhas, pois os cuidadores que não utilizaram a imprensa escrita e também, os que não pertenciam ao círculo de conhecimento das pessoas envolvidas no cuidado domiciliar não puderam ser identificados e, portanto não participaram do estudo.

6.2 Perfil dos cuidadores

Dos 113 cuidadores estudados, as mulheres continuam a serem as cuidadoras tradicionais, constituindo a maioria, uma vez que 70 % dos entrevistados pertencem ao sexo feminino, na faixa etária de 19 a 59 anos, casadas ou vivendo em situação estável, concordando com diversos estudos nacionais, como os de Almeida (2005) e Nakatani et al. (2003), que estudaram o perfil dos cuidadores domiciliares de idosos dependentes e identificaram que esses, em sua maioria, pertenciam ao sexo feminino com idades oscilando entre 18 e 70 anos.

Fernandes e Garcia (2009), Gonçalves et al. (2006) e Garrido e Menezes (2004), descrevem que são as mulheres casadas a principal figura do cuidador, que acrescentam às suas atividades de cuidar diariamente do doente, as atividades domésticas próprias de mãe, esposa e avó, gerando assim um acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida, como: social, físico, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o auto-descuido da própria saúde. Fernandes e Garcia (2009) apontam que mulheres casadas possuem níveis mais elevados de tensão, porque precisam equilibrar as necessidades dos idosos com as do restante da família.

Estudos mostram que o cuidador idoso está presente no cenário nacional e o presente trabalho evidenciou que os cuidadores da faixa etária de 40 e 60 anos e mais, abrange a maioria dos cuidadores. Diogo, Ceolim e Cintra (2005), em estudo realizado com idoso que

cuida de idoso, apontaram que as principais dificuldades relatadas para cuidar em domicílio foram entre outras, a resistência do idoso ao cuidado, ambiente impróprio para melhor atendimento, "*falta de conhecimento e paciência para o cuidado*", assim como a dificuldade em distinguir uma necessidade física de uma emocional gerada pela carência afetiva.

Isto nos chama a atenção para uma necessidade de suporte a essas pessoas para uma melhor qualidade da vida do idoso cuidador e do idoso fragilizado.

Quanto ao seu estado de saúde, 76 % declararam não apresentar enfermidade, mas 24% declararam apresentar alguma enfermidade, predominado as cardiovasculares; as ósteo-articulares e as psiquiátricas entre outras; corroborando com os resultados de Gonçalves et al. (2006) que em seu estudo traçou o perfil dos cuidadores de idosos cadastrados em um PSF no município de Florianópolis(SC), e que apresentavam hipertensão, diabetes e doenças osteomusculares. As doenças psiquiátricas nos participantes deste estudo merecem serem ressaltadas uma vez que o cuidar gera desgaste na saúde física e mental conforme citado por Brito (2009); Lima e Tocantins (2009) concluíram que, para a manutenção da saúde, os idosos necessitam também de cuidados designados como *não técnicos* e o estabelecimento de um relacionamento (humano) com o cuidador; e Cameron et al. (2011), concluíram que estes, além de serem responsáveis pela maior parte dos cuidados prestados ainda é no cuidador que o idoso se sustenta.

A qualificação profissional interfere significativamente na função de cuidar. Como constatado no presente estudo, 87,6% relataram não possuir qualificação para exercer tal função e 49% se avaliaram como bem preparados. Dificuldade para exercer a função de cuidador foi constatada em todos os níveis de escolaridade, com predominância nos cuidadores que possuem curso de enfermagem. Vale destacar que entre os cuidadores que relataram apresentar o nível fundamental completo e os sem escolaridade, a maioria declarou não possuir dificuldades para cuidar, corroborando com os resultados encontrados por Santana, Almeida, e Savoldi, (2009), que observaram que o nível cultural e o tempo de convivência do cuidador com o paciente interferem na compreensão do processo da demência. Destaca a necessidade de capacitação, ajuda e acompanhamento dos cuidadores, por relatarem sentirem-se muito sozinhos e sobrecarregados pela quantidade e qualidade de tarefas, além das atribuições do cuidador, impostas pela família no desempenho da função.

O paciente idoso com dependência grave foi mencionado pelos cuidadores ser a maior dificuldade para exercer a função no presente estudo.

Para identificar o grau de dependência do paciente, utilizou-se o Índice de Barthel que é um instrumento largamente utilizado no mundo, pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs); foi elaborado em 1965 por Mahoney e Barthel, tendo como finalidade avaliar o nível de independência funcional no cuidado pessoal. É o que possui resultados de confiabilidade e viabilidade mais consistentes para dez atividades essenciais para a vida: alimentação, banho, cuidado pessoal, capacidade de vestir-se, ritmo intestinal, ritmo urinário, uso de banheiro, transferência cama-cadeira e vice-versa, mobilidade e subir escadas. (MAHONEY; BARTHEL, 1965); foi validado e recomendado para idosos atendidos em ambulatórios no Brasil, por Minosso et al. (2010). Estudos de revisão de instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmam que a escala de Barthel possui resultados de fidelidade e validade consistentes, constatado por Araújo, Ribeiro e Oliveira (2007), Guimarães (2004), Lobo e Pereira (2007), Paixão Junior e Reichenheim (2005) e Soriano e Baraldi (2010).

Esses resultados confirmam o trabalho de Duarte, (1996), que para prestar cuidados para idosos doentes acamados, no domicílio, é necessário treinamento específico de cuidados apropriados; pois quando bem cuidados, esses mantêm suas condições físicas e cognitivas preservadas. Justifica-se, portanto, a implementação de programa inovador a partir da rede assistencial existente.

Dos cuidadores participantes do estudo 94,7% se autoavaliaram ser capazes de cuidar, pois o cuidado é a essência do ser humano, é um fenômeno que compõe a base possibilitadora de sua existência. O ser humano tem como característica singular colocar cuidado em tudo o que projeta e faz. O cuidado do ser humano é uma relação sujeito-sujeito, portanto não deve opor-se ao trabalho e sim servir como forma de demonstração de ser humano; o cuidado se opõe ao descuido e ao descaso, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 1999).

Embora a grande maioria dos cuidadores (94,7%) se autoavaliaram ser capazes de cuidar, todos relataram sentir necessidade de apoio profissional.

O processo de cuidar do ser humano, pela sua complexidade, se dá por uma integração multiprofissional e interdisciplinar onde a enfermagem formada por enfermeiro, técnicos e auxiliar, é responsável pelo cuidado de todos os pacientes, incluindo o idoso. A enfermagem brasileira, com sua ampla dimensão teórica prática, vem procurando discutir seu papel, nos

contextos sociopolíticos, com interferência nos setores de educação e principalmente da saúde, tanto no nível superior como no técnico.

A riqueza da área de gerontologia vem despertando olhares e perspectivas, com lacunas a serem preenchidas, pela diversidade de disciplinas que a compõem. Para atender a demanda da clientela idosa, a necessidade de compreensão é imensurável, pois vai além das abordagens convencionais proporcionando novos caminhos para a pesquisa na enfermagem que, juntamente com as demais, está no processo de busca e construção de conhecimento.

Com a crescente demanda de cuidados destinados as pessoas com idade superior a 60 anos, faz-se necessário uma capacitação urgente de todo esse aparato social, político, técnico e científico, pois os cuidadores esperam dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, que estejam aptos a esclarecer suas principais dúvidas sobre as doenças e a evolução, capacitação para prestação dos devidos cuidados, com finalidade de proporcionarem melhoria da qualidade dos cuidados prestados dando ao idoso maior autonomia em relação aos familiares conforme mencionados pelos participantes deste estudo.

Apesar de esforços imensuráveis para atender tal demanda, os cuidadores, particularmente os profissionais de enfermagem, devem ser incentivados e capacitados para identificar e compreender o processo de envelhecimento, fato este comprovado pelos resultados obtidos, onde se evidenciou que 45% dos participantes deste estudo referiram sentir-se pouco preparados para tal função, corroborando com estudos de Leite e Gonçalves (2009), Leonart e Mendes (2005) e Tavares et al. (2010) que em seus trabalhos realizados com profissionais de enfermagem, que trabalham como cuidadores de idosos, evidenciaram um déficit de conhecimento sobre a temática na maioria deles repercutindo negativamente na realização da assistência.

A Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, que dispõe sobre as Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil define como assistência domiciliar/atendimento domiciliar “aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança” (BRASIL, 2001); estende-se a idosos com dependência parcial ou total e têm como um de seus objetivos, reforçar os vínculos familiares e sociais.

Para que se tenha uma assistência que vise o bem estar do idoso, faz-se necessário o envolvimento familiar, principalmente quando há necessidade de modificações no ambiente ou na rotina da família, pois o cuidador deve respeitar os valores e padrões de comportamento locais na adequação do espaço físico, uma vez que este representa um elo entre o idoso e sua

família (DIOGO; DUARTE, 2006). Silva, Galera e Moreno (2007) concluíram que, para maior êxito na realização do trabalho, o cuidador necessita inserir a família sob uma abordagem sistêmica no processo de cuidar e não focar seu atendimento somente no foco da doença do idoso. Conforme relatado por Silva (2011), normalmente a escolha do cuidador é realizada por algum membro da família, uma vez que deste depende o sucesso dos cuidados prestados.

No presente estudo, 35% dos cuidadores relataram não receber apoio de qualquer membro da família na prestação direta de cuidados ao idoso e apenas 22% dos cuidadores relatam ter autonomia para exercer seu trabalho, conforme a sua percepção de necessidade de cuidados do idoso.

Pode-se notar que apenas 45% dos cuidadores não exercem outras atividades além do cuidar; dos 55% cuidadores que relataram desempenhar outras atribuições, existe uma predominância de serviços domésticos. Isto pode ser atribuído à baixa remuneração e à ausência de qualificação profissional, uma vez que 41% dos cuidadores relataram possuir apenas o nível fundamental ou não terem qualquer escolaridade.

A Ocupação de Cuidador de Idoso é classificada pelo Ministério do Trabalho e do Emprego como **trabalhador doméstico**; foi publicada em outubro de 2002—com o código 5162 -10, segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), e tem como descrição:

O trabalho exercido em instituições ou domicílios, cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos. As atividades consistem em zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, exercidas com alguma forma de supervisão, na condição de autônomo ou assalariado. Os horários de trabalhos são variados; tempo integral, revezamento de turno ou períodos determinados (BRASIL, 2006).

Portanto, o cuidador de idoso exerce um trabalho domiciliar, com atribuições definidas e específicas, o que não o caracteriza como empregado doméstico, isentando-o dos afazeres da casa não relacionado ao idoso.

Verificou-se no presente estudo que 48% dos cuidadores entrevistados possuem carga de trabalho semanal superior a 30 horas, 58,5% não possuem vínculo empregatício e apenas 26,5% apresentam como contrato a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O turno de trabalho é realizado tanto no diurno como noturno, com predominância para este; 67% dos

cuidadores relataram serem sempre remunerados e destes, 54 encontram-se satisfeitos, independente da existência ou não de qualificação profissional, corroborando com resultados de Kawasaki e Diogo (2001); ressalta-se que 30 % dos cuidadores relataram raramente ou nunca terem sido remunerados. Entre os que nunca ou raramente receberam, vários declararam estar deixando o trabalho pelo não recebimento e alguns mantinham a atividade devido ao vínculo estabelecido com o idoso.

Vale ressaltar que ainda é uma profissão não reconhecida e regulamentada por lei federal, o que inviabiliza a existência de órgão e entidades de classe que possam proteger e reivindicar direitos a esses profissionais.

6.3 Repercussões do ato de cuidar no cuidador e sua família.

O cuidado a idosos, segundo Santos (2010), é um tema enraizado no espírito das culturas e dos indivíduos, como recompensa de retribuir aos mais velhos o que fizeram pelos descendentes, e ao realizar esta tarefa, os adultos e a sociedade atuam em favor de sua própria continuidade. Dados contraditórios foram encontrados no presente estudo em que os cuidadores, quando questionados sobre a sensação de sobrecarga, 72 % relataram sentirem-se sobrecarregados e 59 % descreveram que frequentemente a atividade é prejudicial à sua saúde. Dados semelhantes foram encontrado por Oliveira et al. (2011), quando estudaram a qualidade de vida relacionada à saúde e sobrecarga no trabalho em cuidadores de idosos em segmento em dois ambulatórios geriátricos em Belo Horizonte, onde o impacto das atividades realizadas na qualidade de vida dessas pessoas comprometeu as dimensões: dor, vitalidade e aspectos físicos e ainda, apresentaram sobrecarga moderada e severa, associadas entre outros fatores ao tempo de cuidado e à presença de doenças autorrelatadas, concluindo que todas tiveram uma piora na sua qualidade de vida. Resultado semelhante também foi detectado por Luzardo et al. (2006) em estudo que descreveu as características e a sobrecarga do cuidadores familiares de idosos, onde concluíram que esses apresentavam elevada média de sobrecarga total, com pontuação mais alta para a sobrecarga moderada e sobrecarga moderada a severa, atribuída ao fato de ser provedora de si mesma e do idoso, assumindo uma responsabilidade além dos seus limites físicos e emocionais. Fernandes e Garcia (2009) descreveram que as mulheres cuidadoras domiciliares expressaram evidências de tensão provenientes deste trabalho durante consulta de enfermagem. Estudos indicam que quanto maior a orientação para a resolução de problemas, menor é o grau de depressão e maior o bem estar do cuidador, pois estes indicam uma variabilidade considerável no ajuste a determinadas

situações. (RIVERA et al., 2011). Isto exposto, vale destacar que estes profissionais têm necessidade de receber apoio, valorização e reconhecimento pelo trabalho que executa.

No tangente à vida social, 65 % dos cuidadores avaliaram apresentar algum prejuízo em sua vida social e 76% relataram interferência em sua vida pessoal e familiar. Schosslee e Crossetti (2008) relataram que cuidar do idoso é uma tarefa exaustiva, pois esse cuidador não exerce somente essa função, ele ainda cuida da casa, dos filhos, da atividade profissional, dentre muitas outras. Com este acúmulo de tarefas a serem desenvolvidas, o seu esgotamento é nítido, levando-o a um futuro adoecimento. Este cuidador, na maioria das vezes realiza essas tarefas sozinho, o que determina uma sobrecarga e isolamento afetivo e social. Nessa situação, é extremamente importante que o cuidador principal possa receber o apoio de outras pessoas da família para que ocorra a divisão das tarefas, a fim de proporcionar a ambos, cuidador principal e secundário um menor impacto (SANTOS, 2010).

Robison et al. (2009) concluíram que deve existir programas para fornecer orientações aos cuidadores que enfrentam condições de estresse; acrescentam que a tarefa de cuidar, por si só, não conduz a sintomas de depressão, problemas de saúde ou isolamento social para o cuidador; muitos necessitam de formação, educação, descanso e cuidados à sua saúde física e mental.

De acordo com Araujo, Paúl, Martins (2011), a maioria dos cuidadores de idosos sofre de cansaço, desgaste, revolta e depressão. Isso se dá porque eles estão sobrecarregados com as tarefas do dia a dia e com a evolução da doença que se agrava. Gonçalves et al. (2006) apontam que entre as consequências da tarefa de cuidar do idoso, as cuidadoras expressavam falta de tempo para se cuidar, convivência conjugal com conflitos, cansaço permanente e percepção de saúde piorada.

A falta de suporte mais efetivo na área da saúde e a falta de treinamento e orientações específicas também são causadoras de todo esse desgaste.

7. CONCLUSÕES

Manter uma pessoa idosa saudável ou minimizar seu grau de dependência no Brasil começa a fazer parte da agenda de preocupações de um número crescente de profissionais de saúde, da área social e dos formuladores de políticas públicas.

Participaram deste estudo 113 cuidadores de idosos dependentes, que atuam no município de Taquaritinga, os quais foram identificados através de anúncios na imprensa escrita local e aproximação da pesquisadora e demais cuidadores, previamente identificados por aproximação pessoal e profissional entre esses.

As respostas foram obtidas por meio de um questionário contendo as variáveis relacionadas às características dos sujeitos estudado e demais componentes de interesse da pesquisadora direcionados no processo de cuidar emergindo conclusões que, pela sua pertinência, salientamos:

- Os cuidadores de idosos dependentes participantes deste estudo foram identificados, como sendo predominantemente do sexo feminino, na faixa etária de 19 a 59 anos e em menor proporção apareceu a população de idosas cuidadoras. Houve uma expressiva parcela de população masculina, com predominância na faixa etária de 19 a 39 anos, que colaborou com 30 % dos cuidadores. A maioria das mulheres era casada ou vivia em união consensual; no sexo masculino, os solteiros e viúvos contituíam sua grande maioria.

- Quanto ao nível de escolaridade e formação profissional, 42 % declararam possuir apenas o nível fundamental e sem nível concluído de escolaridade; os profissionais de enfermagem constituíram 35% dos cuidadores quando somados as diferentes categorias (enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem).

- A profissão de cuidador, não se caracteriza para 77% dos participantes, como a principal que, além destas, exercem atividades no comércio, empregadas domésticas, no lar e na enfermagem.

- A maioria dos entrevistados referiu não possuir problemas de saúde; entre os que declararam possuir alguma enfermidade, foi evidenciada maior prevalência de três grupos de doenças no cuidador: as cardiovasculares, as psiquiátricas e as ósteo-articulares.

- A maioria dos cuidadores declararam não possuir qualificação para o exercício da profissão e a minoria se auto avaliou como bem preparada; embora os profissionais de enfermagem representassem uma parcela significativa dos cuidadores, somente um profissional se auto avaliou como bem preparado.

- A capacidade de cuidar foi constatada na grande maioria dos entrevistados, porém todos relataram sentir necessidade de receber apoio de profissionais de saúde.

-A dificuldade para cuidar foi relatada em todos os níveis de escolaridade, predominando nos profissionais de enfermagem, principalmente para pacientes com dependência total do cuidador; destaca-se que grande maioria dos cuidadores não declarou dificuldade de cuidar, principalmente os que possuem o nível fundamental e os sem escolaridade.

- A família do idoso apresentou-se como pouco participante na manifestação de apoio ao profissional, dá pouca autonomia ao cuidador e a grande maioria delega serviços domésticos para serem realizados além da atividade do cuidar.

- A carga de trabalho semanal é superior a 30 horas nos períodos noturno e diurno, a grande maioria não possui vínculo empregatício formal e relataram estar satisfeitos quanto à remuneração para o desempenho de suas funções, embora 33 % dos cuidadores referiram raramente serem remunerados.

- O trabalho de cuidador interfere negativamente na vida familiar e social da maioria deles, a grande maioria revelou sentir-se sobrecarregada e a atividade desenvolvida ser prejudicial a sua saúde.

Tais constatações refletem que, embora as mulheres continuem predominando no processo de cuidar, o sexo masculino também vem se inserindo neste contexto; os cuidadores carecem de capacitação e supervisão dos profissionais, evidenciando a escassez de apoio familiar e dos serviços de saúde.

Por outro lado, a inexistência de regulamentação da profissão, implica aos cuidadores, um prejuízo na sua saúde física e mental, gerado pela excessiva carga de trabalho e pela inexistência de respaldo legal sobre seus direitos.

Exposto isto, emerge a necessidade de um olhar diferenciado a esses profissionais, principalmente na elaboração de políticas públicas, sociais e de saúde voltadas à formação de recursos humanos para este fim. Existe carência de mais pesquisas sobre o perfil do profissional cuidador de idoso no Brasil, uma vez que a grande maioria de estudos é direcionada ao cuidador domiciliar.

Especialmente para a enfermagem, a presente pesquisa deixa como contribuição, para a área de ensino, um olhar diferenciado dos profissionais que atuam na formação de cuidadores, a importância em salientar conteúdos com finalidades de aperfeiçoar as competências e habilidades referentes às diferentes formas e necessidade de cuidado; para a área de assistência, incita os profissionais de enfermagem a identificar os diferentes tipos de necessidades do idoso, gerados pelo processo de envelhecimento que configura as diferentes formas de cuidar, na busca de manutenção de melhoria da qualidade de vida dos idosos.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da família**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALTHOF, C.R.; LAURINDO, A.C. Família: o foco de cuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 320-327, 1998.

ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J.L.P.; OLIVEIRA, A.P.C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 59-66, 2007.

ARAÚJO, I.I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Vivir con más edad en contexto familiar: dependencia en el autocuidado. **Revista Escola Enfermagem. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-875, 2011.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas, Uma abordagem global**. Reimpressão. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2010**. 2010b. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php/>. Acesso em: 10 maio 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil**. Rio de Janeiro: 2008a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese dos indicadores 2009**. Rio de Janeiro: 2010a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tábua de vida: evolução da mortalidade**. 2000. Disponível em: <ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm>. Acesso em: 21 dez. 2010.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Comunicado nº 64. In: _____. **População Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009: primeiras análises**. 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Reimpressão, Brasília DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília; (s. n.), 1990.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)**. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

_____. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília, DF, 10 maio 2001. Disponível em: <www.senado.gov.br/senado/conleg/idoso/docs/.../portaria73.doc>. Acesso em: 06/01/2012

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 10 dez. 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2011.

BRITO, D.C.S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 603-607, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000300022>. Acesso em: 20 jan. 2012

CALDAS, C.P. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-71.

CALDAS, C.P.; MOREIRA, M.D. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Revista Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520 – 525, 2007.

CAMERON, I.D.; AGGAR, C.; ROBINSON, A.L.; KURRLE, S.E. Assessing and helping carers of older people. **BMJ**, v. 343, p. 1-5, 2011.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725 - 733, 2003.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 20 out. 2009.

- CERQUEIRA, C.S. et al. Estudo inicial sobre o desempenho de população com idade acima de 60 anos nos testes de STROOP E REY. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 64-81, 2006.
- CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- DIOGO, M.J.D'E.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102, 2005.
- DIOGO, M.J.D'E.; DUARTE, Y.A.O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas: In: FREITAS, E.F.D.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1122 -1130.
- DUARTE, M.J.R.S. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. **Revista Enferm UERJ**, v. 4, p. 126-130, 1996. Número especial.
- FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.
- FUNDAÇÃO SISTEMA NACIONAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. A inversão da pirâmide etária paulista. **Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo**, v. 10, n. 3, p. 7, 2010.
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, O.P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 nov. 2010.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n.6, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/12.pdf. Acesso em: 20 out. 2009.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.
- GUIMARÃES, R.B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. **Revista Brasileira Neurologia**, v. 40, n. 3, p. 5-13, 2004.
- KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, p. 200-210, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>. Acesso em: 22 out. 2010.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>. Acesso em: 20 out. 2009.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. **Revista Escola Enfermagem. USP**, v. 35, n. 3, p. 257-264, 2001.

LEITE, M.T.; GONCALVES, L.H.T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.1, 2009. Disponível em : <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/130.pdf>
Acesso em: 18 jan. 2012.

LEONART, E.; MENDES, M.M.R. Formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a12.pdf>.
. Acesso em: 18 jan. 2012.

LIMA, C.A.; TOCANTINS, F.R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2012.

LOBO, A.; PEREIRA, A. Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. **Revista Referência**, Coimbra, v. 2, n. 4, p. 61-68, 2007.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.; SCHEFFER, S. Características de los ancianos con la enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores: una serie de casos en un servicio de neurogeriatria. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>.
Acesso em: 24 jan. 2012.

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md St Med J.**, n. 14, p. 61-65, 1965.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2009.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2005.

MINOSSO, J.S.M.; AMENDOLA, S.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

MIYAZAKI, M.Y. **Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário**. 2009. 77 f. Tese

(Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MONTANHOLI, L.L. et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a15.pdf>
Acesso em: 23 out. 2009.

NAKATANI, A.Y.K.; SOUTO, C.C.S.; PAULETTE, L.M.; MELO, T.S.; SOUZA, M. M. 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: 18 jan. 2011.

NARSI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, p. S4-S6. 2008. Suplemento 1.

OLIVEIRA, D.C. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **La Organización Mundial de la Salud lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/es/index.html>. Acesso em: 20 jan. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. **Guia clínica para atención primaria a las personas mayores**. 3. ed. Washington, 2003.

PAIXÃO JÚNIOR, C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PIMENTA, G.M.F. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/18928/perfil-familiar-cuidador-idoso-fragilizado-convivio-grande>. Acesso em: 17 jan. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITINGA. **Nossa cidade**: história. Disponível em: http://www.taquaritinga.sp.gov.br/loc_geo.php. Acesso em: 1 maio 2011.

RIVERA, P.A. et al. Family caregivers of women with physical disabilities. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 13, n. 4, p. 425-434, 2011.

ROBISON, J. et al. A broader view of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. **J Gerontol B Psychology Sci Soc Sci**, v. 64, n. 6, p. 788-798, 2009.

RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D.; BARROS, T.R. O envelhecimento do ser humano. In: RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D. (Org.). **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papirus, 1996. p. 11-16.

RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. Revista Escola Enfermagem. USP, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a06.pdf>. Acesso em: 23 out. 2009.

SANTANA, R.F.; AMLEIDA, K.S.; SAVOLDI, N.A.M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. Revista Escola Enfermagem. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a28v43n2.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2012.

SANTOS M.A.S. **Idosos família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2010.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M.G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 280-287, 2008.

SILVA, L.; GALERA, S.A.F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 4, p. 397-403, 2007.

SILVA, M.G. **A enfermagem e o cuidado do idoso dependente**. 2011. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br>. Acesso em: 23 dez. 2012.

SORIANO, F.F.S.; BARALDI, K. Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 521-530, 2010.

TAVARES, J.P.; BECK, C.L.C.; SILVA, R.M.; PRESTES, F.C.; ROCHA, L. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 253-259, 2010.

UNITED NATIONS. Population Division. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. **World population prospects: the 2006 revision successful ageing**. 2006. Disponível em: <http://wisdom.unu.edu/en/ageing-societies/wisdom.unu.edu/en/ageing-societies>. Acesso em: 18 dez. 2011.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada á saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n3/15874.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2011.

VERMELHO, L.L.; MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 91-103.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
Programa de Pós Graduação em Saúde na Comunidade

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam da outra pessoa. Não existem respostas certas ou erradas.

Número da entrevista: _____

1.Data de nascimento ____/____/____

2.Idade: ____ anos

3.Sexo: ()1- Masculino () 2-Feminino

4.Estado Civil atual:

1. solteiro

2. casado

3. União consensual

4. Separado/ divorciado

5. Viúvo

6. Não respondeu

5. Têm alguma doença ou faz tratamento para alguma: 1() sim 2 () não
Especifique: _____

6. Qual foi o último nível de escolaridade que você concluiu?

- (1) 1º grau incompleto
- (2) Escola elementar (1º grau)
- (3) Escola secundária (2º grau)
- (4) Curso técnico
- (5) Nível Superior
- (7) Sem escolaridade

7. Fez algum curso para cuidar de idoso?

- (2) Não (1) Sim

Qual? _____

8. Qual a sua profissão principal?

9. Além da atividade de cuidador, realiza outro trabalho remunerado?

- (2) Não (1) Sim Qual? _____

10. Há quanto tempo você trabalha como cuidador?

- (1) Mais de 10 anos
- (2) Entre 6 e 10 anos
- (3) Entre 1 e 05 anos
- (4) Menos de 1 ano

11. Sua atividade como cuidador é executada para:

- (1) 1 paciente
- (2) 2 pacientes no mesmo domicílio
- (3) 2 pacientes em domicílio diferentes
- (4) Superior a 2 pacientes em mais de dois domicílios

12. Você é remunerado pelo trabalho de cuidador?

- 0 Sempre
- 1 Frequentemente
- 2 Mais ou menos
- 3 Raramente
- 4 Nunca

13. Você está satisfeito com o valor de remuneração oferecida em relação ao tempo de contrato e com as atividades que exerce?

- (1) Insatisfeito
- (2) Indiferente
- (3) Satisfeito

14. Sua atividade como cuidador é:

- (1) registrado em carteira
- (2) autônomo
- (3) sem vínculo empregatício

15. Qual sua jornada de trabalho semanal?

- (1) inferior a oito horas
- (2) entre 08 e 20 horas
- (3) entre 20 e 30 horas
- (4) superior a 30 horas

16. Como são distribuídas suas horas de trabalho na semana?

- (1) Dia
- (2) Noite
- (3) Dia e noite
- (4) Outro (Especificar)

17. Qual é a frequência de solicitação de atenção e ajuda que o seu paciente solicita?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

18. Você se sente sobrecarregado no seu serviço?

- 0 Sempre
- 1 Frequentemente
- 2 Raramente
- 3 Nunca

19. Você sente que recebe apoio da família quando necessita?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

20. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração pela família?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

21. Você sente que seu trabalho é demasiadamente controlado pelos familiares?

- 0 Sempre
- 1 Frequentemente
- 2 Raramente
- 3 Nunca

22. Você sente que seu paciente pede mais ajuda do que ele realmente necessita?

0 Nunca

1 Raramente

2 Frequentemente

3 Sempre

23. Você sente sobrecarregado (a) entre cuidar de seu paciente e suas outras responsabilidades com a sua família?

0 Nunca

1 Raramente

2 Frequentemente

3 Sempre.

24. A sua atividade de cuidador interfere negativamente em seu relacionamento com membros de sua família ou amigos:

0 Nunca

1 Raramente

2 Frequentemente

3 Sempre

25. Você sente que a sua saúde é afetada:

0 Nunca

1 Raramente

2 Frequentemente

3 Sempre

26. Você sente que a sua vida social tem sido prejudicada trabalhando como cuidador

0 Nunca

1 Raramente

2 Frequentemente

3 Sempre

27. Você sente que o paciente espera que seja cuidado como se fosse a única pessoa de quem ele depende?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

28. Você sente que têm dificuldades de cuidar ?

(2) Não (1) Sim Cite as principais: _____

29. Você sente que é capaz de cuidar de seu paciente:

(1) Sim (2) Não Justifique: _____

30. Para realizar seu trabalho como cuidador, você se sente

- (1) Muito preparado
- (2) Pouco preparado
- (3) Bem preparado

31. Você gostaria de ser auxiliado(a) nos cuidados que realiza em seu paciente?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

32. Você se sente fisicamente cansado quando termina de trabalhar?

- 1 De forma alguma
- 3 Mais ou menos
- 4 Muito

33. Você acha que ter um apoio profissional (por ex. um supervisor/orientador) no seu trabalho com os pacientes ajudaria você sentir maior segurança em seu trabalho?

- 1 De forma alguma
- 2 Mais ou menos
- 3 Muito

34. Você acha que outros cuidadores enfrentam os mesmos problemas relacionados ao seu trabalho como você enfrenta em relação ao seu?

- 1 Muito
- 2 Mais ou menos
- 3 De forma alguma

35. Você sente que poderia estar fazendo mais pelo seu paciente?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre.

36. Você sente-se satisfeito em cuidar de outras pessoas?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

37. A família delega outras atribuições além das atividades relacionadas ao cuidado do seu paciente?

- 0 Nunca
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 3 Sempre

Cite as principais: _____

ANEXO A
ÍNDICE DE BARTHEL DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Este questionário foi validado no Brasil, para avaliar a independência funcional no cuidado pessoal e mobilidade dos idosos em atendimento ambulatorial.

ALIMENTAÇÃO	Incapaz	0
	Precisa de ajuda para cortar a comida, espalhar a manteiga, etc.	1
	Independente: (comida cozida e servida sob alcance mas não cortada)	2
USO DO BANHEIRO	Dependente	0
	Precisa de ajuda, mas pode fazer algumas coisas sozinho, incluindo o uso de papel higiênico	1
	Completamente independente, entra no banheiro, se despe, faz a higiene pessoal e sai	2
BEXIGA	Incontinente ou cateterizado	0
	Acidente ocasional; máximo de uma vez a cada 24 horas	1
	Contínente por mais de sete dias	2
INTESTINO	Incontinente, ou precisa de enemas	0
	Acidente ocasional: menos de um por semana	1
	Contínente	2
BANHO	Dependente	0
	Independente	1

CUIDADOS PESSOAS*	Precisa de ajuda	0
	Independente: instrumentos podem ser providos por terceiros	1

MOBILIDADE	Imóvel	0
	Independente em cadeiras de roda (incluindo curvas, portas)	1
	Necessita auxílio de 1 pessoa: não treinada, incluindo supervisão	2
	Independente (pode usar qualquer órtese)	3

TRANSFERÊNCIAS	Incapaz: precisa de ajuda de dois para se levantar	0
	Precisa de ajuda grande: auxílio físico de uma pessoa forte e treinada ou duas não treinadas	1
	Precisa de pequena ajuda: uma pessoa com facilidade ou apenas supervisão para segurança	2
	Independente	3

ESCADAS	Incapaz	0
	Precisa de ajuda: física, verbal ou para carregar a órtese	1
	Independente: (para subir e descer), carregando a órtese	2

VESTIR-SE	Dependente	0
	Precisa de ajuda, mas parcialmente independente	1
	Independente: incluindo botões, zíper, laços	2

* Barbear-se, pentear o cabelo, lavar o rosto, escovar os dentes.

Total: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: “PERFIL DO CUIDADOR DO IDOSO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA-SP ”(de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ fui convidado

(a) a participar desta pesquisa, sob responsabilidade da enfermeira Fatima Terezinha Balsani Caetano COREN-20028, mestranda do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, orientada pelo Professor Dr. Laércio Joel Franco.

Objetivo da Pesquisa: Descrever o perfil do cuidador de idoso no âmbito domiciliar, no município de Taquaritinga - SP.

Participação: Responder perguntas sobre as principais dificuldades e necessidades enfrentadas no trabalho, bem como as tarefas e responsabilidades assumidas pelo cuidador no domicílio. A duração da entrevista é em torno de 30 minutos.

Risco: O estudo não implica em qualquer risco para o participante.

Benefícios: As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para melhorar a formação e treinamento dos cuidadores.

Privacidade: Os dados obtidos nas entrevistas são sigilosos e ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora; os resultados serão analisados de forma coletiva e divulgados nos meios científicos.

Desistência: O participante não é obrigado a responder todas as questões, ficando de livre escolha as que queira responder; poderá desistir de sua participação no estudo a qualquer momento, sem que ocorra qualquer prejuízo para desenvolver suas atividades

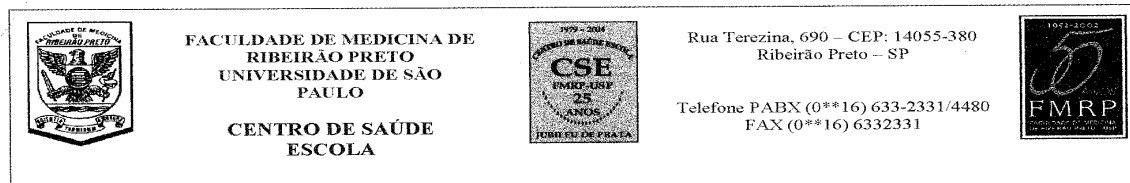
Contato com os pesquisadores: Para esclarecimento de dúvidas ou obter mais informações reclamações contatar a enfermeira Fatima Terezinha Balsani Caetano pelos telefones (16)3253-6012 e (16) 9961-8986 ou através do e-mail: balsanicaetano@bol.com.br

Data: ___/___/___

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

ANEXO B



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 15 de julho de 2011.

Of. Nº.117/11/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Prezado Senhor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, analisou e apreciou o parecer, referente ao **projeto de pesquisa: “Perfil do cuidador de idoso no município de Taquaritinga-SP”**, protocolo nº.0450/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.S^a, realizado pela pesquisadora Fátima Terezinha Balsani Caetano, mestranda do Programa de Pós-graduação de Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, foi **aprovado ad-referendum**.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Amaury Lélis Dal Fabbro
Vice-Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

APÊNDICE C



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
TAQUARITINGA**

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Vicente José Parise nº 1.011- Centro

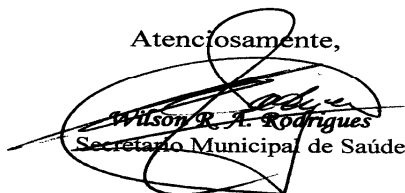
Taquaritinga, 12 de Abril de 2011

Ofício nº. SMS - 061/2011

Venho por meio deste autorizar a realização do estudo intitulado : **“Perfil do Cuidador do Idoso Domiciliar no Município de Taquaritinga-SP”**, pela pesquisadora Fátima Terezinha Balsani Caetano sob orientação do professor Dr. Laércio Joel Franco do Programa de Pós Graduação Saúde na Comunidade, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, desde que, todos os dados coletados no Município fiquem sem identificação dos sujeitos participantes do processo e com a finalidade exclusivamente acadêmica científica.

Sem mais para o momento e certos de sua compreensão agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos complementares.

Atenciosamente,


Wilson R. A. Rodrigues
Secretário Municipal de Saúde

Universidade São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós Graduação em Saúde na Comunidade

TAQUARITINGA
Um só Coração



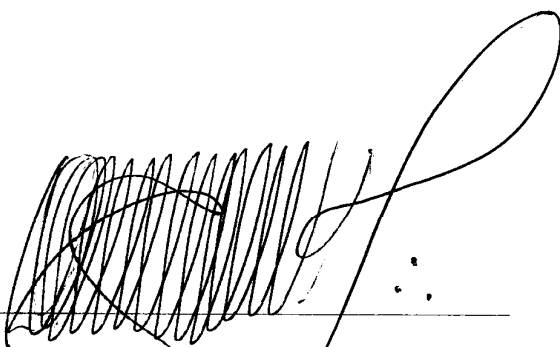
Fone/Fax: (16) 3253 9100
Praça Dr. Horácio Ramalho, 160 - Centro
CEP 15900-000 Taquaritinga - SP
www.taquaritinga.sp.gov.br

APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
Programa de Pós Graduação em Saúde na Comunidade**

Eu, Valdemar Peria (Presidente da Instituição) estou de acordo com a realização da pesquisa "PERFIL DO CUIDADOR DO IDOSO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA-SP" na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia e Maternidade "D.Zilda Salvagni" envolvendo os profissionais de enfermagem desta Instituição, cujo objetivo é conhecer e descrever o perfil do cuidador de idoso no âmbito domiciliar no contexto atual, no município de Taquaritinga – SP autorizando a aplicação do questionário, bem como na identificação de demais cuidadores.

Taquaritinga, Taquaritinga, 10 de abril 2011



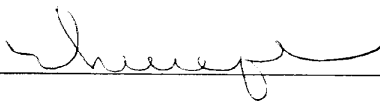
Presidente da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia
e Maternidade "D.Zilda Salvagni"

APÊNDICE E

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PF
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
Programa de Pós Graduação em Saúde na Comunidade**

Eu, Valmir Hilário Pires (Diretor da escola) estou de acordo com a realização da pesquisa “PERFIL DO CUIDADOR DE IDOSO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA-SP” na Escola Técnica "Dr Adail Nunes da Silva" envolvendo os alunos que freqüentam o curso Técnico de Enfermagem, cujo objetivo é descrever o perfil do cuidador de idoso no âmbito domiciliar no contexto atual, no município de Taquaritinga – SP autorizando a aplicação do questionário.

Taquaritinga, 12 de abril de 2011



Diretor da Escola

Valmir Hilário Pires
R.G.: 13.725.478-7
Diretor da Escola