



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem



**IDOSOS E FILHOS CUIDADORES EM UMA COMUNIDADE DO SUL DO BRASIL:  
PERFIL E PERCEPÇÕES DE SAÚDE**

Rita Arim Rosales

Rio Grande

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)  
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGEenf)  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
IDOSOS E FILHOS CUIDADORES EM UMA COMUNIDADE DO SUL DO BRASIL:  
PERFIL E PERCEPÇÕES DE SAÚDE**

**RITA ARIM ROSALES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem e Saúde para Indivíduos e Grupos Sociais.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup> Marlene Teda Pelzer.**

**Rio Grande**

**2012**

R788i Rosales, Rita Arim

Idosos e filhos cuidadores em uma comunidade do sul do Brasil: perfil e percepções de saúde / Rita Arim Rosales. – 2012.

91 f.

Orientadora: Marlene Teda Pelzer

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Saúde do Idoso. 4. Relações familiares. I. Título. II. Pelzer, Marlene Teda

CDU: 616-083-053.9

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jane M. C. Cardoso CRB 10/849

RITA ARIM ROSALES

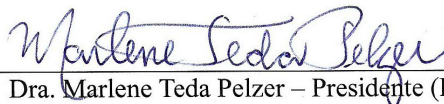
**IDOSOS E FILHOS CUIDADORES EM UMA COMUNIDADE DO SUL DO  
BRASIL: PERFIL E PERCEPÇÕES DE SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 10/07/2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa da Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Mara Regina Santos da Silva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



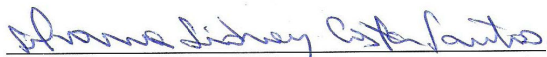
Dra. Marlene Teda Pelzer – Presidente (FURG)



Dra. Lisiane Manganeli Girardi Paskulin – Membro Externo (UFRGS)



Dra. Giovana Calcagno Gomes (FURG) – Membro Interno (FURG)



Dra. Silvana Sidney Costa Santos – Suplente Interno (FURG)

## **DEDICATÓRIA**

*A minha filha Juliana e ao meu irmão Mauricio  
pelo carinho e compreensão sempre presentes no  
decorrer desta dissertação, pois sempre me  
fortaleceram com o seu apoio e compreensão.*

## AGRADECIMENTOS

*“Para tudo há um momento e um tempo para tudo o que se deseja debaixo do céu:*

*Tempo de nascer e tempo de morrer,  
tempo de plantar e tempo de arrancar plantas,  
tempo de matar e tempo de curar,  
tempo de destruir e tempo de edificar,  
tempo de chorar e tempo de rir,  
tempo de lamentar e tempo de dançar,  
tempo de atirar pedras, e tempo de as ajuntar,  
tempo de abraçar e tempo de evitar o abraço,  
tempo de procurar e tempo de perder,  
tempo de guardar e tempo de atirar fora,  
tempo de rasgar e tempo de coser,  
tempo de calar e tempo de falar,  
tempo de amar e tempo de odiar,  
tempo de guerra e tempo de paz.”*  
(Eclesiastes 3:1-8)

*Primeiramente agradeço a Deus, por me ajudar a superar todos os obstáculos e pela certeza de que é Ele quem realiza os nossos sonhos.*

*A Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer, ser humano incomparável, orientadora, mais que meu agradecimento, minha gratidão pela orientação segura e competente no desenvolvimento deste estudo.*

*As Profas. Lisiane Paskulin, Giovana Calcagno Gomes e Silvana Sidiney Santos Costa, por gentilmente terem aceitado a participar da banca examinadora e pelas contribuições a esta dissertação.*

*Ao Dr. Edison Barlem pelo auxílio e apoio, na elaboração do instrumento de pesquisa.*

*Ao amigo Enfermeiro Edimilson Pereira dos Santos pelo auxílio inestimável durante a árdua tarefa de coleta de dados.*

*Às enfermeiras Paula Teixeira Chaves, Alda Milene Reinhardt e aos agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família da Vila Quinta que possibilitaram a realização da pesquisa.*

*A todas as pessoas que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.*

*A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.*

## RESUMO

ROSALES, Rita Arim. **Idosos e filhos cuidadores em uma comunidade do sul do Brasil: perfil e percepções de saúde**. 2012. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande (RS).

Esta dissertação teve como objetivo geral conhecer o perfil e percepção de saúde de idosos e filhos cuidadores de uma comunidade do sul do Brasil. Os objetivos específicos foram (a) caracterizar o perfil dos idosos e de seus filhos cuidadores, (b) conhecer as percepções destes filhos acerca das condições de saúde de seus genitores. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem mista. Os dados foram coletados através de entrevista orientada por um roteiro com parte estruturada e semiestruturada. Este foi elaborado a partir do protocolo de pesquisa denominado *Filial Responsibility* e submetido a um pré-teste a fim de ser validado quanto ao alcance dos objetivos. A identificação de 38 possíveis participantes ocorreu no núcleo de atendimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio da colaboração dos Agentes Comunitário e as 26 entrevistas gravadas efetuaram-se no período de julho a novembro de 2011, nas residências dos sujeitos; 12 não foram encontrados e não houve negativa para a participação no estudo. A análise dos dados dividiu-se em duas etapas: na primeira utilizou-se a estatística descritiva e os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta. A interpretação ocorreu por meio de interlocução dos dados com os autores que produziram acerca do tema estudado. Na segunda os dados foram estudados utilizando a análise de conteúdo de Bardin. Verificou-se que dentre os filhos cuidadores de pais idosos há predominância de mulheres com idades entre 41 e 70 anos, casadas, com filhos, com baixa escolaridade, que não realizam atividades remuneradas permanecendo junto ao idoso, atendendo as suas necessidades, a casa e demais membros familiares. Entre os que desempenham atividades remuneradas há predominância de ocupações que exigem dedicação de 40 a 62 horas semanal. Os idosos são em maioria mulheres com idades entre 71 e 80 anos, viúvas, residem com mais de cinco pessoas, por um período de 10 anos, e são portadores de duas ou mais doenças crônicas associadas. As patologias mais encontradas entre os idosos foram: hipertensão (13), cardiopatias (9), artroses (4) e Doença de Alzheimer (3). Constatou-se a feminilização dos idosos e a sua independência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária; a presença de enfermidades, apesar de dificultar, não impossibilita a prática de algumas tarefas. Os filhos percebem a saúde de seus pais idosos de forma integral, valorizando a independência para o autocuidado e manutenção do ambiente/mobilidade. Utilizam como parâmetro para avaliação de saúde do idoso a observação do declínio funcional do idoso, a sua própria condição de saúde e conceitos pré-estabelecidos socialmente, como a normalidade do surgimento de doenças com o avançar da idade. Estes dados reafirmaram os resultados encontrados nas produções científicas estudadas. As instituições familiares brasileiras vêm demonstrando empenho e preocupação no atendimento deste indivíduo, mesmo quando este processo resulta em sobrecarga infringida aos demais membros destas famílias.

**Descritores:** Idoso. Saúde do Idoso. Saúde da Família. Relações Familiares. Enfermagem.

## ABSTRACT

ROSALES, Rita Arim. **Aged parents and adult children caregivers in a community in southern Brazil**. 2012. 91f. Dissertation (Master's in Nursing) – School of Nursing. Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

This study aimed to know the profile and perceptions of health of aged parents and adult children caregivers of elderly living in a community in southern Brazil. The specific objectives were (a) to characterize the profile of the elderly and adult children caregivers, (b) to know the perceptions of adult children caregivers of aged parents over the health of their genitors. This is a field study which is exploratory, descriptive, with mixed approach, with adult children caregivers of elderly parents living in a community in the city of Rio Grande/RS. Data were collected through structured and semi-structured interview, guided by an interview script. The latter was drawn from the research protocol called Filial responsibility and submitted to a pre-test in order to be validated as to the achievement of goals. The identification of 38 potential participants occurred in the core service of Family Health Strategy (FHS) through the collaboration of the Community Agents, and the 26 taped interviews were made from July to November 2011, in the interviewees' homes - twelve were not found and there was no negative for participating in the study. Data analysis was divided into two stages. At first, descriptive statistics was used and the results were presented by absolute frequency. The interpretation was made through the interchange of data with the authors that produced on the studied subject. At second, data were analyzed using the Bardin content analysis. It was found that among caregivers of aging parents there is predominance of women, aged between 41 and 70 years, married, with children, low education, who do not execute paid work being with the elderly, taking care of them, their house and other family members. Among those who perform paid activities there is predominance of occupations that require weekly dedication of 40 to 62 hours. The elderly are mostly women aged between 71 and 80 years, widowed, living with more than five persons for a period of 10 years and carry two or more comorbidities. The most frequent diseases among the elderly were hypertension (13), heart diseases (9), osteoarthritis (4) and Alzheimer's disease (3). It was noted the feminization of the elderly and their independence to carry out basic and instrumental activities of daily living: the presence of comorbidities despite difficulting the practice of certain tasks does not preclude them. The children see the health of their elderly parents holistically, valuing their independence for the care and maintenance of the environment/mobility.. As a parameter for health evaluation of the elderly, they observe the declining health of the elderly, their own health status and pre-established social concepts such as the common emergence of diseases with the advancing age. These data reaffirmed the findings in the studied scientific production. Brazilian family institutions have demonstrated commitment and concern in assisting this individual, even when this process results in damage to the other members of these families.

**Keywords:** Elderly. Health of the Elderly. Family Health. Family Relations. Nursing.

## RESUMEN

ROSALES, Rita Arim. **Ancianos e hijos cuidadores de los padres ancianos en una comunidad del sur de Brasil: perfil y la percepción de la salud.** 2012. 91f. Disertación (Máster en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Esta disertación tuvo como objetivo general conocer los rasgos y las percepciones de los padres ancianos y sus hijos cuidadores de ancianos residentes en una comunidad en el municipio de Rio Grande (RS), sur de Brasil. Los objetivos específicos fueron: (a) caracterizar los rasgos de los ancianos y de sus hijos cuidadores, (b) conocer las percepciones de estos hijos acerca de las condiciones de salud de sus genitores. Se trata de un estudio de campo, exploratorio, descriptivo, con abordaje mixta. Los datos fueron colectados a través de entrevista estructurada e semiestructurada orientada por un guión de entrevista. Éste fue elaborado desde un protocolo de pesquisa denominado *Filial responsibility* y sometido a un pre-test a fin de ser validado cuanto al alcance de los objetivos. La identificación de 38 posibles participantes ocurrió en el núcleo de atención de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) por medio de la colaboración de los Agentes Comunitarios y las 26 entrevistas grabadas se desarrollaron en el período de julio a noviembre de 2011, en las residencias de los sujetos; 12 candidatos no fueron encontrados y no hubo negativa para la participación en el estudio. El análisis de los datos se dividió en dos etapas. En la primera se utilizó la estadística descriptiva y los resultados fueron presentados por medio de frecuencia absoluta. La interpretación ocurrió a través de la interlocución de los datos con los estudios de los autores que produjeron acerca del tema. En la segunda los datos fueron analizados utilizando el análisis del contenido de Bardin. Se verificó que entre los hijos cuidadores de padres ancianos hay predominancia de mujeres, con edades entre 41 y 70 años, casadas, con hijos, con poca escolaridad, que no realizan actividades remuneradas permaneciendo junto al anciano, atendiendo sus necesidades, la casa y demás familiares. Entre los que desempeñan actividades remuneradas hay predominancia de ocupaciones que exigen dedicación de 40 a 62 horas semanales. Los ancianos son, en su mayoría, mujeres con edad entre 71 y 80 años, viudas, residiendo con más de cinco personas, por un período de 10 años, y son portadores de dos o más enfermedades crónicas asociadas. Las patologías más encontradas entre los ancianos fueron: hipertensión (13), cardiopatías (9), artrosis (4) y Enfermedad de Alzheimer (3). Se constató la feminización de los ancianos y su independencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de vida diaria; la presencia de enfermedades, a pesar de dificultar, no imposibilita el desarrollo de algunas tareas. Los hijos perciben la salud de sus padres ancianos de forma integral, valorando la independencia para el autocuidado y manutención del ambiente/ movilidad. Utilizan como parámetro para evaluación de la salud del anciano, la observación de la caída funcional del anciano, su propia condición de salud y conceptos pre-establecidos socialmente, como la normalidad del apareamiento de determinadas enfermedades con el progresar de la edad. Estos datos reafirmaron los resultados encontrados en las producciones científicas estudiadas. Las instituciones familiares brasileñas vienen demostrando empeño y preocupación en la atención de este sujeto, mismo cuando este proceso resulta en sobrecarga a los demás participantes de estas familias.

**Palabras clave:** Anciano. Salud del Anciano. Salud de la Familia. Relaciones Familiares. Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> - Fotografia via satélite de Rio Grande; Ilha do Leonídio e Vila da Quinta (RS) Brasil ..... | 29 |
| <b>Figura 2</b> – Fotografia as zona urbana da Vila da Quinta (RS) Brasil .....                              | 30 |
| <b>Figura 3</b> – Fotografia da Praça de Águeda, Vila da Quinta (RS) Brasil .....                            | 30 |
| <b>Figura 4</b> – Fotografia da antiga Estação Ferroviária da Vila da Quinta (RS) Brasil .....               | 31 |
| <b>Figura 5</b> – Fotografia do plantio de milho na Vila da Quinta (RS) Brasil .....                         | 31 |
| <b>Gráfico 1</b> – Relação entre o número de visitas e os participantes do estudo Rio Grande/RS, 2011 .....  | 34 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> – Distribuição dos filhos cuidadores segundo, sexo idade e escolaridade – Rio Grande/RS, Brasil – 2011 .....                                                                                                          | 43 |
| <b>Tabela 2</b> – Distribuição dos filhos cuidadores conforme o estado conjugal, número de filhos – Rio Grande/RS – Brasil – 2011. ....                                                                                               | 43 |
| <b>Tabela 3</b> – Distribuição dos filhos cuidadores conforme a ocupação, horas de trabalho e profissão – Rio Grande/RS – Brasil – 2011.....                                                                                          | 44 |
| <b>Tabela 4</b> – Distribuição dos idosos conforme sexo, idade e estado conjugal – Rio Grande/RS – Brasil – 2011.....                                                                                                                 | 45 |
| <b>Tabela 5</b> – Distribuição dos idosos conforme o grau de parentesco, número de filhos vivos e número de pessoas que coabitam no domicílio, tempo de coabitação do idoso com o filho cuidador – Rio Grande/RS – Brasil – 2011..... | 46 |

## SUMÁRIO

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                          | <b>13</b> |
| <b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>                            | <b>18</b> |
| 2.1 Políticas Públicas Brasileiras – A Saúde e a Pessoa Idosa ..... | 18        |
| 2.2 O Cuidador Familiar de Idosos.....                              | 22        |
| <b>3. METODOLOGIA .....</b>                                         | <b>28</b> |
| 3.1 Tipo de estudo .....                                            | 28        |
| 3.2 Local do estudo .....                                           | 29        |
| 3.3 Sujeitos do estudo .....                                        | 31        |
| 3.4 Coleta de dados .....                                           | 32        |
| 3.5 Análise de dados .....                                          | 35        |
| 3.6 Aspectos éticos .....                                           | 36        |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>                             | <b>38</b> |
| 4.1 Artigo 1 .....                                                  | 39        |
| 4.2 Artigo 2 .....                                                  | 54        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                   | <b>68</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                            | <b>70</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                              | <b>79</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                 | <b>83</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Durante o percurso profissional, desde 1999, desempenhei atividades como enfermeira em três instituições hospitalares e em uma escola de ensino técnico. Estes trabalhos englobaram atividades assistenciais, administrativas e de docência, com atuação nas diferentes especialidades de saúde, tais como: clínica médica, clínica cirúrgica e unidades de urgência e emergência, entre outras. Em todos estes locais de atendimento chamou atenção a preocupação e a devoção de alguns filhos aos pais idosos em tratamento.

Inicialmente, talvez pela inexperiência e precariedade de conhecimentos teóricos mais profundos, percebia-se a preocupação e o zelo dos filhos que acompanhavam seus pais idosos enfermos como natural/natural/comum. Anos após, percebeu-se as diversidades das atitudes e dos relacionamentos entre os pais idosos e seus filhos.

Atualmente, trabalho em um hospital universitário em ambiente fechado, com prevalência de clientes com 60 anos e mais e no qual a presença dos familiares ao lado dos mesmos não é permitida em período integral, apenas nos horários de visitas. Apesar da existência de legislação que permite a permanência de um acompanhante com maiores de 65 anos, esta prática não é uma realidade nesse meio. Este fato é justificado devido aos recursos humanos disponíveis e com a não especificidade da lei quanto aos serviços de urgência e emergência.

No cotidiano de trabalho pode-se verificar as mais diferentes atitudes dos filhos em relação ao estado de saúde e à satisfação das necessidades de seus pais idosos. Assim, mesmo observando mais atentamente estas situações e aos comportamentos de cada um, pouco se podia aprofundar o conhecimento sobre o assunto, visto que as atividades de competência exigiam muito e escasso era o tempo para a interação com esses filhos de pais idosos. Com a oportunidade da realização do mestrado, surgiu a possibilidade de explorar de forma sistematizada este tema.

No Brasil, estudo sobre responsabilidade filial surge lentamente nas pesquisas e vem de encontro ao fenômeno mundial da mudança do perfil populacional, no qual se evidencia o aumento no número de pessoas com 60 anos e mais (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007), o que, conseqüentemente, remete à elevação do índice de filhos responsáveis por seus pais, aumentando os custos para as famílias.

Os gastos com a saúde também tendem a aumentar. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2010, p. 01), um dos três motivos que explicam o aumento dos gastos com a saúde é o envelhecimento populacional: “O aumento da proporção de idosos, a partir da transição demográfica, acarreta crescimento na fração da renda das pessoas e do Produto Interno Bruto gasto com saúde”.

Nos Estados Unidos, advogados buscam em leis antigas responsabilizar os filhos pelos gastos financeiros dispensados com pais idosos para seu cuidado e tratamento, desencadeando uma série de processos judiciais. As instituições sociais e de saúde e o Estado buscam no poder judiciário assegurar a garantia destes gastos, e seu não pagamento pode resultar em até um ano de prisão. O poder judiciário nesses países, muitas vezes não prioriza o relacionamento familiar e desconsidera se o idoso foi ausente ou abusivo no período formativo do filho (PAREKH, 2009).

A assistência aos idosos no Brasil é assinalada na Constituição Federal de 1988, artigo 230, como de responsabilidade familiar, com o apoio da Sociedade e do Estado, através de políticas públicas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Previdência Social (NARDI; OLIVEIRA, 2008). Por intermédio da implementação da ESF busca-se um atendimento integral, em equipe multidisciplinar aos idosos – embora ainda não sejam desenvolvidas ações que atendam especificamente esta parcela da população. Os direitos das pessoas idosas também se encontram explicitados em outras legislações, como no Estatuto do Idoso, que foi estabelecido pela Política Nacional do Idoso (PNI).

Para Porto (2002), a legislação que rege as políticas públicas no Brasil não tem sido aplicada de forma eficiente. Este fato pode ser explicado pelas contradições presentes nos textos legais e também pelo desconhecimento da população acerca de seu conteúdo, além da tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas que ocasionam a superposição e a desarticulação dos projetos e programas.

Rossetto Mazza e Lefèvre (2005, p. 8) constataam que “(...) as políticas públicas brasileiras, ainda são excludentes e marginalizam as camadas mais pobres e carentes de nossa sociedade, onde os idosos se incluem”, induzindo as famílias a institucionalizarem seus idosos por incapacidade de prestar assistência de forma digna. Esta não consonância da realidade vivenciada pelos idosos brasileiros com as diretrizes políticas pode estar relacionada à presença de instituições frágeis, da pobreza, da desigualdade social e do processo de envelhecimento acelerado (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). A vulnerabilidade biopsicossocial dos idosos pode estar associada à fragilidade das políticas públicas de apoio social à pessoa idosa e suas famílias, agravada pela fragmentação das políticas e desarticulação dos serviços

de proteção e promoção da cidadania e bem estar social. Isto torna a realidade vivenciada por esta comunidade incompatível com os princípios de inclusão social, proliferando a pobreza, a desigualdade a ineficácia dos programas de assistência e a precariedade dos serviços de apoio ao idoso em detrimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

O Brasil é um dos países do mundo em que as desigualdades socioeconômicas mais se destacam. O recente crescimento da economia brasileira elevou a média de renda da população, sua distribuição ocorreu de forma desigual, acarretando no aumento das diferenças anteriores já existentes. A pobreza é um indicador de iniquidades sociais, mesmo com isso, o idoso sobrevive e se desenvolve (CAMPOS, 2009).

Neste cenário socioeconômico, as famílias procuram uma nova adaptação, porque há a necessidade de inserção da mulher no mercado de trabalho formal, números reduzidos de componentes, migração e mudanças estruturais ocasionando o aumento das dificuldades no cuidado à pessoa idosa relacionadas com a responsabilidade legal (MASTROENI *et al*, 2007; TRINDADE, 2008).

Quando as famílias não conseguem proporcionar cuidados adequados ao idoso por estarem comprometidas, fragilizadas ou pela impossibilidade de um membro se responsabilizar por este zelo, a opção pela institucionalização apresenta-se como uma das soluções e reflete a intenção de proporcionar melhores condições de cuidado, conforto e vida ao idoso. Devemos também observar a existência de estereótipos, que prevalecem na percepção de muitas pessoas, nos quais as famílias não contentes com os pais idosos e dependentes recorrem à institucionalização para afastarem-se de um entrave que não se adapta à modernidade (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Outra situação preocupante são os casos de violência contra as pessoas idosas. Pesquisa indicou que os atos de violência são exercidos por meio de energia mecânica (uso de mãos, pés, armas improvisadas, materiais contusos e objetos comuns), física (geralmente com uso de calor), química (uso de substancias causticas) e mista (ambas) ou por tratamento com atos de crueldade (incluindo cativo e fome). A prevalência dos idosos afetados foi de 1,4 vítimas do sexo masculino para cada uma do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Os agressores foram compostos por 32,7% de parentes consanguíneos e destes 83,7% eram filhos da vítima, atos ocorridos predominantemente aos domingos, sábados e à noite (ABATH *et al*, 2010). Esta realidade pode estar relacionada às relações familiares enfraquecidas e à história de violência familiar pregressa, bem como ao déficit de enfrentamento familiar para o atendimento a estes indivíduos.

Vários são os contextos familiares vivenciados pelas pessoas idosas, entre eles pode-se encontrá-los como provedores das necessidades da família, na qual os filhos já adultos ainda são dependentes, seja financeiramente, ou requerendo que cuidem dos netos e do lar para que possam sair e trabalhar (BARROS, 2009). Há também os idosos que, frente a aspectos econômicos, mesmo aposentados, permanecem no mercado de trabalho, representando 4,6 milhões de pessoas, ou seja, um terço dos idosos brasileiros (IBGE, 2002). Ainda, o idoso com dependência parcial de auxílio, necessitando de ajuda para realização de suas atividades diárias como de cuidado pessoal e locomoção; aquele idoso com dependência total, acometido por doenças neurológicas, entre outros (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Estudo de revisão bibliográfica demonstrou que na literatura brasileira a prevalência de pesquisas sobre idosos enfoca a caracterização destes e de seus cuidadores (ROSALES *et al*, 2010). O que corrobora com Aires (2010), que percebeu que pesquisas sobre cuidadores de pessoas idosas são voltadas à descrição das tarefas desempenhadas, à sobrecarga física e emocional e alguns sobre os sentimentos de cuidar. Isto evidencia que os estudos abordam apenas a caracterização dos idosos e seus cuidadores, podendo ou não apresentar um número reduzido de produções científicas sobre esta temática em nosso país, mas certamente apresentam seu escopo reduzido.

No estudo, *Responsabilidade Filial para com os pais idosos em uma comunidade do sul do Brasil*, pretendeu-se focar a responsabilidade filial para com pais idosos nas relações familiares. Responsabilidade filial “(...) é um conceito em construção, que no presente estudo é definida como uma norma social quanto ao comportamento dos filhos em relação ao processo de cuidado com os pais idosos” (AIRES, 2010, p. 17). Possibilita também “(...) ser entendida como o direito dos pais em receber apoio e cuidado de seus filhos durante o processo de envelhecimento, podendo ser avaliada por meio de atitudes e comportamentos para cuidar e apoiar seus pais nesse processo” (AIRES, 2010, p. 17). Este conceito traduzido pela autora foi desenvolvido por Chappel (2009) e Funk (2005) e não existe um consenso quanto a sua conceituação.

Pelzer (2005, p. 33), ressalta que:

A diversidade, a pluralidade, a heterogeneidade, a instabilidade e a fragmentação presentes nas famílias, são verdadeiros desafios para os profissionais que as assistem em suas comunidades. Respeitar suas crenças, ideias e experiências, estar continuamente atento e reflexivo, ir e vir com elas em suas ressignificações certamente contribuirá para uma abordagem mais valorizadora dessas famílias, principalmente as cuidadoras de seus membros doentes/fragilizados.

Esta dissertação é parte integrante desse estudo e teve como objetivo geral conhecer o perfil e percepção de saúde de idosos e filhos cuidadores de uma comunidade do sul do Brasil. A questão norteadora desta pesquisa se define como: - Quais os perfis dos idosos, dos filhos cuidadores de pais idosos e suas percepções acerca das condições de saúde de seus genitores? A busca a esta resposta resultou na construção de conhecimentos que permitiram compreender a responsabilidade filial, com pais idosos nesse contexto, adicionando conhecimentos e proporcionando a comparação dos resultados obtidos com pesquisas prévias, e também pela exploração desta temática que é relevante para a área da gerontologia, devido às mudanças do perfil populacional.

Esta pesquisa contribui para a aquisição de informações que poderão auxiliar na elaboração de práticas assistenciais e programas de políticas públicas no município do Rio Grande. Poderá proporcionar uma compreensão aprofundada aos profissionais de saúde sobre as atitudes e comportamentos dos cuidadores familiares no desempenho de suas atividades de suporte aos pais idosos e auxiliar no planejamento de ações na atenção básica, reforçando os sistemas de apoio formal e informal.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo é apresentada uma breve revisão acerca das políticas públicas voltadas ao idoso. Após, aparecem alguns conceitos sobre Responsabilidade Filial e é abordado o Cuidador Familiar de Idosos no Brasil.

### **1.1 Políticas Públicas Brasileiras - A Saúde e a Pessoa Idosa**

Em 1994, em consonância com a Constituição de 1988, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei 8.842 – elaborada com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso. Ela criou normas para garantir a autonomia, a integração e a participação como instrumentos de cidadania (BRASIL, 1994).

Como princípios, a PNI apresenta a família, a sociedade e o estado com a responsabilidade de assegurar os direitos dos idosos, com a defesa de sua dignidade, bem estar e direito à vida, não devendo sofrer discriminação. O conhecimento e as informações sobre o processo de envelhecimento dizem respeito à sociedade em geral, com o idoso sendo o beneficiário das mudanças promovidas pela política, com a observância por parte dos poderes públicos na aplicação dessa Lei nas diferenças e contradições entre as condições econômicas, sociais e regionais dos meios rurais e urbanos brasileiros (BRASIL, 1994).

As diretrizes da PNI buscam a integração dos idosos com as demais gerações, sua participação na formulação e avaliação das políticas, programas e projetos a serem desenvolvidos através de organizações representativas; priorizando o atendimento realizado pelas suas famílias em detrimento à institucionalização; capacitação profissional na prestação de serviços em geriatria e gerontologia; implementação de serviços de informações em todos os níveis governamentais; mecanismos que divulguem informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; a priorização do atendimento em instituições de idosos desabrigados e sem família e apoio a estudos e pesquisas sobre envelhecimento (BRASIL, 1994).

Nesta Política encontra-se explícita a participação de todos os níveis do legislativo: nacional, estadual, Distrito Federal e municipal na gestão e organização à assistência ao idoso, bem como as ações de competência de cada um de acordo com as áreas de atuação, como:

promoção e assistência social; saúde; educação; habitação e urbanismo; cultura, esporte e lazer, e a forma de financiamento, que deverá estar em seus respectivos orçamentos (BRASIL, 1994).

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo não só a promoção da longevidade com qualidade de vida para os idosos, como também para os que virão a envelhecer. Para a implantação desta Lei em 1997, houve a articulação entre nove ministérios setoriais, que são: Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação, da Justiça, Cultura, do Trabalho e Emprego, da Saúde, do Esporte e Turismo, Transporte, Planejamento e Orçamento e Gestão. Segundo membros do Ministério Público, este apresenta as seguintes deficiências: a falta de especificação da lei que contribua para criminalizar a discriminação, o preconceito, o desprezo e a injúria em relação ao idoso, assim como para publicidades preconceituosas e outras condutas ofensivas; dificuldades em tipificar o abandono do idoso em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas; falta de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, sendo preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las, e qual a punição para os infratores (PORTO, 2002).

Em 3 de julho de 1996, o Decreto no. 1.948, regulamentou a Lei no. 8.842 de janeiro de 1994, estabelecendo as competências dos órgãos e das entidades públicas na implementação da Política Nacional do Idoso e estabelece as modalidades de atendimento (BRASIL, 1996).

Conforme o Estatuto de Idoso – Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 (Brasil, 2003, p. 01), em suas considerações preliminares:

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

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

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

O Estatuto do Idoso foi a primeira lei brasileira, elaborada especificamente em defesa da pessoa idosa, e teve sua divulgação realizada por meio da mobilização de entidades

gerontológicas, associações de idosos e das Universidades da Terceira Idade no Brasil, com o intuito de esclarecê-la e torná-la mais conhecida (MAGALHÃES, 2008).

Neste Estatuto encontramos especificados os direitos dos idosos, reafirmando os ganhos legais adquiridos pelas pessoas idosas nas leis promulgadas anteriormente. Destaca os deveres dos órgãos públicos, como também da sociedade, da família e das organizações não governamentais, com ou sem fins lucrativos, na promoção do bem estar e na qualidade de vida do idoso. Apresenta as providências legais que serão infringidas às entidades de atendimento que não observarem os direitos assegurados nesta Lei, os órgãos responsáveis por esta fiscalização e os procedimentos adotados, bem como a penalização por diversos outros crimes como discriminação, homicídio, entre outros (BRASIL, 2003).

Conforme Moimaz (2009), foi a partir da Constituição Federal de 1988 que ocorreu um considerável aumento das regulamentações sobre os direitos das pessoas idosas e a regulamentação que apresenta a maior diversidade de citações é o Estatuto do Idoso. Dentre as diversidades contempladas encontramos: “assistência”, “saúde”, “atendimento prioritário”, “benefícios previdenciários”, “esporte, educação, lazer, cultura e turismo”, “isenção tributária”, “trabalho” e “trânsito”.

Entre a rede de apoio social à pessoa idosa, ressalta-se a Estratégia de Saúde de Família que é entendida como:

(...) uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011).

Por meio do Ministério da Previdência Social foi elaborado um guia intitulado “Idoso - Cidadão Brasileiro” Informações sobre Serviços e Direitos. Neste guia encontram-se explicitados os direitos das pessoas idosas, os serviços de sua competência e também os locais onde os idosos podem procurar a resolução de seus problemas. Contém as principais ações e programas mantidos, patrocinados e ou apoiados pelo Governo Federal relacionados à pessoa idosa, com o intuito de informar o cidadão idoso sobre as políticas desenvolvidas, engloba as ações nas áreas da saúde, dos transportes, do turismo, da assistência social, da habitação e denúncias sobre violência com idosos (BRASIL, 2008).

Aos 22 dias de fevereiro de 2006 foi publicada a portaria Nº 399/GM que divulgou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida, que é um compromisso pactuado entre os gestores do Sistema Único de Saúde e “está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das primazias definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (BRASIL, 2006, p. 2). Uma de suas prioridades é a Saúde do Idoso, com a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

Nesta portaria considera-se idoso a pessoa com 60 anos ou mais, seguindo as seguintes diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações inter setoriais, visando à integralidade da atenção; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Fortalecimento da participação social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Dentre suas ações estratégicas encontramos: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa; Programa de Educação Permanente à Distância; Acolhimento; Assistência Farmacêutica; Atenção Diferenciada na Internação e Atenção domiciliar (BRASIL, 2006).

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, p. 6). Suas diretrizes consistem em: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações inter setoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Determina também as competências dos

gestores do SUS em todos os níveis governamentais, a articulação inter setorial entre Educação, Previdência Social, Sistema Único de Assistência Social, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano, Transportes, Justiça e Direitos Humanos, Esporte e Lazer, Ciência e Tecnologia, bem como determina o Acompanhamento e Avaliação das medidas implementadas (BRASIL, 2006a).

Pode-se então observar a tomada de uma série de medidas que visam propiciar a manutenção dos direitos e do bem estar dos cidadãos idosos, bem como de todos os demais em processo de envelhecimento.

Para uma melhor compreensão sobre o tema Responsabilidade Filial, serão apresentadas a seguir algumas considerações acerca deste assunto.

## 2.2 O Cuidador Familiar de Idosos

Para entender as atitudes e os comportamentos dos filhos cuidadores de pais idosos retoma-se o conceito de responsabilidade filial,

(...) definida como uma norma social quanto ao comportamento dos filhos em relação ao processo de cuidado com os pais idosos. Ela também é entendida como o direito dos pais em receber apoio e cuidado de seus filhos durante o processo de envelhecimento, podendo ser avaliada por meio de atitudes e comportamentos para cuidar e apoiar seus pais nesse processo (AIRES, 2010, p. 17).

As atitudes são disposições assumidas pelos indivíduos, favoráveis ou desfavoráveis, relativas a objetos, pessoas e acontecimentos, ou em relação a alguns dos seus respectivos atributos, sendo constituída por crenças, sentimentos e tendências de ação. O elemento principal que difere uma atitude de uma crença ou opinião é o afeto positivo ou negativo que a pessoa tem sobre uma determinada situação, mas as crenças e opiniões são partes constituintes de toda atitude (DUQUE, 1999).

Na Filosofia, atitude indica “(...) a orientação seletiva e ativa do homem em face de uma situação ou de um problema qualquer” (ABBAGNANO, 2007, p. 98). Esta palavra é utilizada para designar tanto um hábito ou uma disposição particular, quanto para realizar a distinção entre “significado descritivo” (com respostas mentais e cognoscitivas a estímulos) e “significado emotivo” (com estímulos à ação como respostas a estímulos) (ABBAGNANO, 2007).

O comportamento do ser humano é movido por intenções e respectivo grau de motivação (DUQUE, 1999). A teoria do comportamento planejado de Fishbein e Ajzen (1975) fala sobre o comportamento como formado pelas atitudes, normas subjetivas e o controle percebido, adicionados à intenção, e que também sofre inferências independentes do controle percebido.

O termo comportamento –

(...) é constituído unicamente por elementos observáveis e passíveis de descrição em termos objetivos; [...], constitui a reação habitual e constante do organismo a uma situação determinada; [...] inclui, portanto, elementos antecipatórios e normativos (projeto, previsão, escolha etc.) (ABBAGNANO, 2007, p. 165).

Pesquisas como as de Jones *et al* (2002) e Funk (2005), apontam para influência que a cultura infringe sob a forma do cuidar dos idosos. Nos Estados Unidos foi realizado estudo com os filhos imigrantes cuidadores de pais idosos, abrangendo 30 grupos étnicos, originários da Ásia e de Ilhas do Pacífico, incluindo chineses, filipinos, japoneses, coreanos, vietnamitas entre outros, e descrevem três condições encontradas na China: o respeito, a não desonra e o cuidar dos pais. Esta conduta é enfatizada como tradicional nestas culturas, nas quais a responsabilidade do cuidado geralmente remete ao filho primogênito e a sua esposa (JONES *et al*, 2002).

Corbani, Brêtas e Matheus (2009, p. 353) enfatizam que:

O cuidado é precaver pelo outro, aplicar o pensamento e algo a alguém, refletir, tratar, considerar, atender a nós e ao outro na saúde, na aparência ou na apresentação. Portanto, é inquietar-se por algo ou alguém. Se morrer o cuidado, morre também o ser.

O processo de envelhecimento em si acarreta modificações físicas e mentais como o aumento da fragilidade e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que pode resultar na necessidade de cuidados especiais. O idoso passa a necessitar de cuidados cada vez mais intensivos. Esta demanda pode abalar a dinâmica familiar, causando modificações na rotina doméstica, aumentando os gastos com medicações, alimentação, entre outras necessidades dos idosos e levar na formulação por parte da família e/ou cuidadores de alternativas para a resolução destes problemas ou diferenciais existentes (AREOSA, 2008; MONTEZUMA, FREITAS, MONTEIRO, 2008).

Os cuidados prestados pela família aos seus membros fragilizados são considerados informais por não possuírem remuneração. Armstrong e Kits (2001) analisaram quatro formas de cuidado informal: a primeira refere-se ao gerenciamento do cuidado, como encaminhar e assegurar o recebimento dos serviços formais, administração financeira, contratação e supervisão de cuidados remunerados, todas de decisões relacionadas aos cuidados prestados ao idoso; a segunda relaciona-se com as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), na assistência às atividades de alimentação, limpeza, compras, manutenção da casa; a terceira refere acerca das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), com o auxílio direto nas atividades de cuidado pessoal, tais como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, tomada de medicações e, por fim, a quarta – que envolve o apoio social e emocional. Logo, as formas predominantes de responsabilidade filial são como uma norma social/cultural, como uma atitude individual, e como uma ideologia (FUNK, 2005).

Jones *et al* (2002), sugerem que os padrões do cuidado são influenciados pelas tradições, valores, educação, economia, entre outros. Em seu estudo verificou maior dificuldade dos filhos imigrantes na prestação do cuidado, devido às diferenças culturais existentes entre o seu país de origem e os Estados Unidos, pelos filhos encontrarem-se em processo de aculturação e seus pais não. Os filhos manifestaram dificuldades no aspecto cultural, na dificuldade de comunicação dos pais com outras pessoas pela linguagem diferenciada, no acesso restrito aos serviços comunitários, o que frequentemente os levavam a encontrar o equilíbrio entre os valores ocidentais e asiáticos de cuidar. Acabam por sacrificarem-se na prestação do cuidado e não procuram os serviços comunitários os quais são considerados como de última escolha, sendo isto possível apenas pelo auxílio dos demais membros familiares.

No Brasil, os cuidadores familiares são compostos predominantemente por mulheres, esposas, filhas, netas, em sua maioria com idade acima de 50 anos, casadas, com baixa escolaridade, sem atividades profissionais e de baixa renda (ROSALES *et al*, 2010). Montezuma, Freitas e Monteiro (2008) afirmam que a assistência prestada aos idosos é geralmente fornecida por filhos, irmãos, cônjuges e até netos, os quais não possuem qualquer capacitação para suprir as necessidades do idoso.

Gaioli (2010) observou em pesquisa realizada sobre a resiliência dos cuidadores de pessoas idosas portadoras de doença de Alzheimer, que numa amostra composta por 101 indivíduos, 80% dos cuidadores de idosos possuíam 46 anos ou mais e 36,3% destes eram maiores de 60 anos. Considerando a tendência do aumento da expectativa de vida e do número de idosos nos próximos anos, cada vez mais teremos idosos cuidando de idosos.

As escolhas em prol do idoso acarretam sérios problemas na vida deste cuidador, pois ele pode se esquecer de si mesmo, e como consequência, pode-se encontrar o surgimento de problemas de saúde e/ou o agravamento de enfermidades pré-existentes, como também o aparecimento de sentimentos como a solidão, o cansaço, a irritação, a depressão, a intolerância, o que caracteriza uma situação de estresse (ROSALES *et al*, 2010). Para Portella (2010), este fato decorre dos cuidadores não priorizam suas necessidades à frente do sofrimento do idoso cuidado, por receio do julgamento de outros e não serem interpretados erroneamente ou por outros que sentem isto como parte integrante do ciclo da vida. Os desgastes e as preocupações são sentidos como não passíveis de minimização, pois são contingentes do acaso.

Os cuidadores familiares ao prestarem atendimento ao idoso, na maioria, dedicam-se diuturnamente, com investimento de cinco horas ou mais nas atividades diretas como auxílio a banho, alimentação, uso de sanitário, e outros. Estes cuidadores, geralmente mulheres, além de se dedicarem ao idoso, também têm outros dependentes, filhos, netos, marido e sofrem de doenças crônicas. Estas relações inter geracionais mostram-se positivas no convívio com o idoso, pois os demais membros familiares podem assumir o papel de cuidador secundário. Alguns cuidadores, quando assumem a condição de cuidador principal, diminuem a carga horária do trabalho remunerado ou abandonam o emprego (GONÇALVES *et al*, 2006).

Em diferentes culturas o ato de cuidar abrange sentimentos como compaixão, afeto, tolerância à irritação, medo, insegurança, desafetos e de solidão do cuidador, pelo distanciamento da vida social e por não contar com outras pessoas para o compartilhamento das responsabilidades diárias do cuidado. Apresentam também o sentimento de satisfação na realização do cuidado, para alguns é dignificante cumprir o seu dever moral e seus princípios religiosos, tendo o reconhecimento da família, da comunidade e a gratidão do idoso (ROSALES *et al*, 2010).

Em relação aos fatores que levaram os filhos a cuidar de seus pais idosos, Jones *et al* (2002), ressalta a espiritualidade, o sentimento de obrigação da retribuição pelo cuidado recebido quando criança, missão, sacrifício de maturação como estímulo ao crescimento pessoal.

Montezuma, Freitas e Monteiro (2008), refletem sobre a função do cuidador principal que geralmente é assumida por um único membro da família. Esta pessoa pode ser escolhida por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade, podendo também ser por obrigação e/ou dever com o mesmo. Este processo pode ser imediato ou gradual. Em suas pesquisas, observou que a escolha do cuidador principal segue quatro fatores: relacionado

com o grau de parentesco, primeiramente os cônjuges, depois os filhos; o gênero, predominantemente do sexo feminino; a proximidade física, quem mora com o idoso que precisa de cuidados; proximidade afetiva, ressaltando a relação conjugal e, em seguida, o vínculo entre os pais e filhos.

Muitas são as situações em que os cuidados aos idosos são prestados pelos filhos. Nestas, os pais tornam-se os filhos de seus próprios filhos; quando esta noção é consciente, o delineamento das atitudes dentro das relações sociais torna-se mais clara, pressupondo-se equilíbrio e harmonia. Em contextos com desequilíbrio, pode-se observar: filhos que negam assistência e proteção aos pais; o cuidado prestado aos pais idosos torna-se um sacrifício e um peso, pela sobrecarga da dependência infringida aos filhos; pais que mesmo não conseguindo lidar com suas dificuldades e problemas, ocultam os mesmos dos filhos para não preocupá-los; dependência como vínculo afetivo, quando os idosos destituem-se de sua autonomia entre troca de carinho e atenção por se sentirem sozinhos e abandonados; e idosos que adentram estados de dependência por estarem desestimulados para a vida, para as atividades e para a autonomia, necessitando cada vez mais de assistência (CARMELO, 2010).

McCarty (2008) aborda acerca do auxílio mútuo, no qual os filhos adultos, por não conseguirem um emprego remunerado, continuam a viver na casa de seus pais, estabelecendo-se uma relação de troca, os pais auxiliam financeiramente os filhos com os cuidados necessários. Porém, verifica-se um risco “(...) não é que as famílias não vão prestar cuidados, mas sim que eles não serão capazes de prestar cuidados sem arriscar sua saúde e suas relações se os serviços formais não apoiá-los” (ARMSTRONG; KITS, 2001, p. 33).

Estes cuidadores familiares ao desempenhar as tarefas do cuidado sem orientação, com pouco ou nenhum suporte do sistema de saúde formal, adicionada a alteração de sua rotina e ao tempo dispensado nestas atividades, apresentam impactos em sua saúde. Quanto mais tempo o cuidador se dedicar ao cuidado, menor será a sua qualidade de vida. Os cuidadores apresentam necessidades relacionadas às tarefas cuidativas e ao cuidado de si. A primeira engloba as atividades domésticas com a elaboração de planejamento das mesmas, pois existe alteração da rotina. Verifica-se a carência de noções de gestão e administração do cuidado. A segunda refere-se à redução do tempo de lazer, a diminuição do convívio com a família e com os amigos pelo tempo dispensado na realização do cuidado, caracterizando a sobrecarga do cuidador (PORTELLA, 2010).

A população idosa brasileira, com poder aquisitivo baixo, ainda tem na família a principal fonte de suporte. Estes idosos apresentam mais problemas de saúde e maior dependência para a realização das atividades do dia a dia (ROSSETTO MAZZA, 2008). O

envelhecimento ocorre numa conjuntura recessiva e em meio a uma crise fiscal. Estes fatos dificultam o processo de expansão da abrangência dos sistemas de proteção social a todos os cidadãos, mas principalmente aos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Os cuidados prestados aos idosos ocorrem geralmente em ambiente domiciliar. A institucionalização do idoso é vista como uma alternativa quando não existem mais opções para a realização deste cuidado pela família, pelo número reduzido de membros no núcleo familiar, pela necessidade de desempenho de atividades profissionais do cuidador, por conflitos inter geracionais, pelas dificuldades socioeconômicas do atendimento do idoso em casa ou por problemas de saúde do cuidador (ROSALES *et al*, 2010).

Os cuidadores familiares necessitam receber orientações de profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, entre outros, através de visitas periódicas, sobre como proceder em situações potencialmente mais difíceis. O apoio formal torna-se fundamental, principalmente quando idosos cuidam de idosos (GAIOLI, 2010).

Entende-se, então, que a responsabilidade filial é um comportamento e está relacionada, entre outros, à cultura, às condições socioeconômicas, ao grau de dependência do idoso, às crenças, à espiritualidade e aos sentimentos envolvidos nos relacionamentos familiares.

Prestar cuidado ao idoso torna-se uma atividade complexa, envolta em uma rede de fatores e suscetível a inúmeros determinantes. Como em toda relação, possui pontos positivos e negativos, os quais devem ser observados pelos profissionais, principalmente os de enfermagem, para oportunizar uma melhor compreensão de cada situação e, conseqüentemente, a prestação de um atendimento mais adequado às necessidades de cada idoso e de seu cuidador.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

O relacionamento entre os filhos cuidadores e seus pais idosos está sujeito às influências de determinantes como as condições socioeconômicas, os meios culturais, entre outros. Por este motivo, optou-se por realizar pesquisa de abordagem mista: quantitativa para caracterizar os idosos e os filhos cuidadores e qualitativa, descritiva e exploratória para conhecer as percepções dos filhos acerca das condições de saúde de seus genitores e residentes numa comunidade no município do Rio Grande/RS.

A Estatística Descritiva visa descrever e avaliar um grupo sem tirar conclusões ou inferências sobre o grupo maior. É constituída pelas etapas de: definição do problema; planejamento; coleta de dados; apresentação e descrição dos dados. Estes podem ser apresentados por meio de métodos gráficos como as tabelas (PERTENELLI, s/d).

A pesquisa qualitativa permite a verificação entre o significado dos atos e do envolvimento dos sujeitos, em suas atitudes, ações e o mundo real. Busca esclarecer os significados expressos pelos indivíduos entrevistados. O vínculo entre a subjetividade e o mundo, o que não é quantificável (MINAYO, 2007).

Pode-se dizer, então, que a pesquisa qualitativa analisa e interpreta os fenômenos de caráter subjetivo e se caracteriza pela participação dos sujeitos envolvidos, de forma menos controlável e com a possibilidade dos mesmos poderem orientar os caminhos da pesquisa junto ao pesquisador.

As pesquisas geralmente remetem para os objetivos específicos e podem ser classificadas em três grupos: estudos descritivos, exploratórios e explicativos. A descritiva tem a finalidade de descrever as características de uma determinada população e/ou estabelecer as relações entre as variáveis, objetiva levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2006).

Para Gil (2006), a pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com os sujeitos do estudo e a análise dos exemplos visando à compreensão e, ainda, busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores que expressem uma visão geral de um determinado fato.

### 3.2 Local de estudo

Rio Grande tem sua população estimada em 192.582 habitantes (IBGE, 2010). Município de colonização portuguesa, fundado em 19 de fevereiro de 1737 pelo Brigadeiro José da Silva Paes, foi elevado à categoria de cidade em 1835. É uma das cidades mais prósperas do Rio Grande do Sul, e a mais rica da Zona Sul do Estado, principalmente devido ao seu porto e a sua Refinaria. Está situado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, entre as Lagoas Mirim, dos Patos e o Oceano Atlântico (OLIVEIRA, 2009).

O município é dividido em cinco Distritos: o primeiro denomina-se cidade do Rio Grande; o segundo Ilha dos Marinheiros; o terceiro Povo Novo; o quarto Taim e o quinto Vila da Quinta (OLIVEIRA, 2009), local onde foi realizado o estudo. A escolha pelo quinto distrito deu-se pelo desenvolvimento prévio de atividades de ensino e de pesquisas do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde – GEP-GERON/FURG-CNPq em parceria com os profissionais da Rede Municipal de Atenção Primária desta localidade.

Em 1910 a Vila da Quinta alcançou a categoria de Quinto Distrito, anteriormente integrava o Terceiro Distrito do Rio Grande, localizado a 20 quilômetros a sudoeste da cidade, como demonstrado na Figura 1. É constituída pelas comunidades de Vila Nova, Troca, Abel Cravo, Santo Antônio, Quintinha, Nova Quinta e Lomba da Quinta. Conta com aproximadamente 9.331 habitantes, 7.580 em área urbana e 1.751 em área rural (IBGE, 2010).

**Figura 1** – Fotografia via satélite de Rio Grande; Ilha do Leonídio e Vila da Quinta (RS) Brasil



FONTE: Projeto da Ilha dos Marinheiros Foto etnografia.

A Vila da Quinta é um distrito com características urbanas e rurais e a subsistência da população está baseada na agricultura familiar, conforme Figuras 2, 3 ,4 ,5.

**Figura 2** – Fotografia da zona urbana da Vila da Quinta (RS) Brasil



FONTE: Revista Educação Ambiental.

**Figura 3** – Fotografia da Praça de Águeda, Vila da Quinta (RS) Brasil



FONTE: Ricardo Irigon.

**Figura 4** – Fotografia da antiga Estação Ferroviária da Vila da Quinta (RS) Brasil



FONTE: Revista Educação Ambiental.

**Figura 5** – Fotografia do plantio de milho na Vila da Quinta (RS) Brasil



FONTE: Prefeitura Municipal do Rio Grande.

### 3.3 Sujeitos do estudo

Por meio da colaboração dos agentes comunitários de saúde foram identificados 38 possíveis participantes, desses, 12 não foram encontrados. Obteve-se um total de 26 filhos cuidadores de pais idosos cadastrados em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja cobertura de atendimento contempla 5.770 habitantes, compostos por 2.052

famílias com 1.052 idosos, localizada no município do Rio Grande/RS, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram ou deixaram sua digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios: o cuidador deveria ser filho natural ou adotivo do idoso; morar com o idoso e/ou ser responsável pelo seu cuidado e atendê-lo em suas necessidades de saúde diariamente.

Para a exclusão: o falecimento do idoso, número de quatro tentativas de contato sem sucesso e a internação do idoso no período da coleta de dados. Para a garantia do anonimato, os colaboradores foram identificados pela letra F seguido do algarismo da entrevista. O número de participantes foi determinado pela saturação dos dados.

### 3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, única gravada com cada participante. Neste método o entrevistador utilizou um roteiro dividido em duas partes: a primeira estruturada e a segunda semiestruturada, com questões ou tópicos previamente estabelecidos direcionados a sujeitos predeterminados. O formulário elaborado após o planejamento foi dirigido às pessoas selecionadas e possui relativa flexibilidade (MATTOS, 2005).

Neste estudo foi utilizado um guia de entrevista gravada, composto por questões fechadas com a finalidade de caracterizar os sujeitos e por dez questões abertas que contemplam o gerenciamento do cuidado fornecido pelos filhos cuidadores aos idosos.

O instrumento foi submetido a um pré-teste a fim de se verificar a eficácia quanto ao alcance dos objetivos, por meio de sua aplicação a uma filha cuidadora de mãe idosa no primeiro distrito do município. Constitui-se de duas partes: na primeira foi realizada a caracterização dos filhos cuidadores e dos idosos e verificado o número de pessoas residentes no domicílio; na segunda buscou-se conhecer a percepção dos filhos cuidadores acerca da saúde do idoso cuidado; as estratégias do filho cuidador para realizar as atividades de cuidado do idoso; as dificuldades encontradas pelos filhos cuidadores na realização do cuidado; o apoio recebido pelos filhos cuidadores para cuidar o idoso e o preparo dos filhos cuidadores para assumir a responsabilidade filial.

Pesquisa realizada sobre responsabilidade filial (AIRES, 2010), validou a etapa qualitativa do protocolo de pesquisa *Filial Responsibility* no Brasil (ANEXO A). Baseado

neste protocolo, desenvolvido e aplicado no Canadá e na China com o objetivo de avaliar as responsabilidades dos filhos relacionadas aos cuidados dispensados às pessoas idosas, foi elaborada pesquisa denominada *Responsabilidade Filial para com os pais idosos em uma comunidade do sul do Brasil* e para a viabilização deste estudo, um roteiro de entrevista embasado neste protocolo, voltado aos cuidados prestados especificamente pelos filhos aos seus pais idosos (APÊNDICE A). Este protocolo é composto por questões abertas e fechadas e sete escalas de domínio público que são “(...) escala de sobrecarga do cuidador, *index* de bem-estar pessoal, expectativa filial, satisfação com a vida, mensuração da qualidade dos relacionamentos e a escala de afeto familiar” (AIRES, 2010, p. 19).

Neste protocolo, *Filial Responsibility*, as questões abertas contemplam a percepção dos filhos no cuidado aos pais; o apoio emocional recebido pelo cuidado prestado por familiares e pela rede social; os cuidados prestados ao idoso por seus filhos e outros; às atividades de vida diária; as necessidades de assistência; a avaliação do cuidador no auxílio das AVD; os sentimentos existentes na prestação do cuidado; a possibilidade de institucionalização e de co-residência; aos laços familiares e a satisfação ou não na realização do cuidado; as expectativas dos filhos cuidadores relacionadas ao seu processo de envelhecimento. Também são encontradas questões relacionadas com a caracterização da saúde-doença de ambos (filhos cuidadores e idosos), a auto avaliação da saúde do cuidador e sua percepção quanto à saúde de seu pai(mãe) e a possibilidade de déficit cognitivo ou demência (AIRES, 2010).

O protocolo permite conhecer o perfil socioeconômico e demográfico, o arranjo familiar, o apoio financeiro e emocional recebido pelo cuidador relacionado com a família e outras pessoas da rede social, os locais de moradia e o deslocamento do cuidador à residência do idoso através das questões fechadas do instrumento. Por fim, há uma questão aberta que permite ao filho cuidador acrescentar informações que não foram contempladas pelo instrumento utilizado (AIRES, 2010).

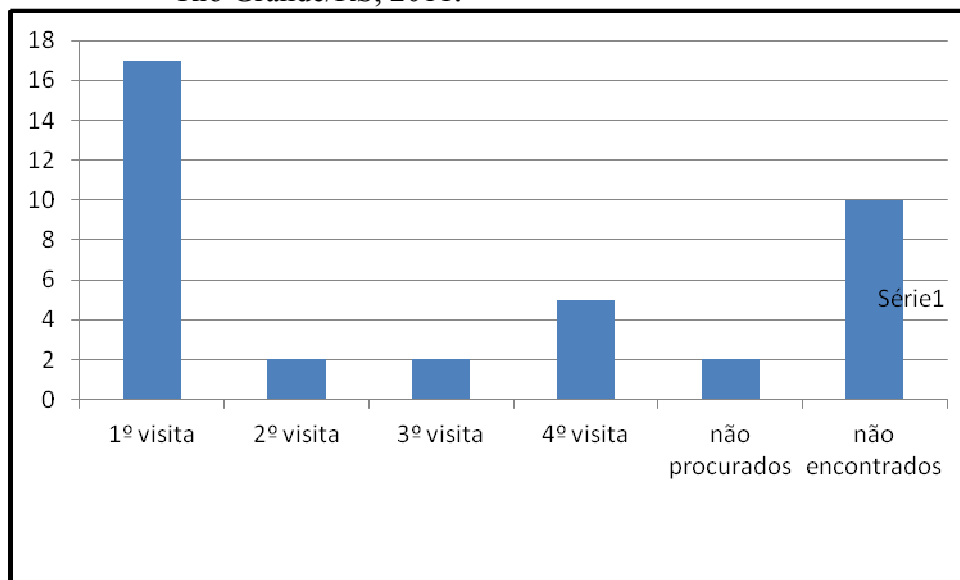
Dois enfermeiros desempenharam a tarefa de coleta de dados, sendo a própria mestrandia um deles. Primeiramente foi realizado um estudo piloto com instrumento de pesquisa. Este viabilizou a utilização do instrumento junto aos entrevistados e proporcionou a familiarização dos entrevistadores com o mesmo.

Após o parecer favorável do CEPAS (FURG) e do NEPES, foram realizadas duas reuniões, ambas compostas pelas equipes de duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UBSF). A primeira com a equipe responsável pela cobertura da área 19 e a segunda com a equipe da área 18. Nestas reuniões foi apresentada a proposta de estudo, as etapas de

desenvolvimento, o instrumento de pesquisa e solicitado o auxílio das equipes na identificação dos sujeitos. Ainda neste momento, foi elaborada a listagem com 38 possíveis participantes e respectivos endereços dos sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão e de exclusão do estudo, segundo os agentes comunitários, os quais posteriormente foram visitados pelos entrevistadores.

Obteve-se a participação de 26 filhos cuidadores. Apesar de terem sido realizadas visitas domiciliares em dias e horários diferentes (até quatro vezes em cada residência), dez não foram encontrados em casa e dois foram suprimidos do estudos em virtude do falecimento dos idosos.

**Gráfico 1** – Relação entre o número de visitas e os participantes do estudo Rio Grande/RS, 2011.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Os entrevistadores dirigiram-se juntos à comunidade, mais especificamente ao Posto da Unidade Básica de Saúde da Família, as terças e quintas-feiras pela manhã, dias em que os agentes comunitários faziam suas reuniões semanais. Neste local os entrevistadores mantinham contato com a equipe de saúde enquanto aguardavam para realizar as visitas.

Um fator que interferiu na coleta de dados foi a sazonalidade. A comunidade tem características rurais, o que pode ser observado nas Figuras 2 (p. 29), 3, 4 (p. 30) e 5 (p. 31). O período de chuvas que ocorreu nos meses de julho e setembro nesta região, dificultou esta etapa do processo da pesquisa. A combinação de estradas ou ruas de terra com as chuvas, em

alguns dias, inviabilizou o deslocamento dos entrevistadores às residências, que retornaram em outra ocasião para dar sequência à coleta dos dados.

As entrevistas foram divididas por setores e realizadas em conjunto ou individualmente (um entrevistador por domicílio), nas casas dos filhos cuidadores de pais idosos. Ao chegar à residência, os entrevistadores apresentavam-se, expunham o estudo e após o aceite colhiam a assinatura por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seguir, os entrevistadores prosseguiram com o estudo. Em algumas casas foram atendidos no portão, mas na maioria foram convidados a entrar e direcionados à cozinha, onde se encontravam os demais membros da família e, consequentemente, participantes da entrevista, geralmente os próprios idosos. Fator importante no processo de coleta de dados foi que no decorrer desta etapa da pesquisa incluíram-se na amostra participantes que atenderam apenas ao segundo e ao terceiro critério de inclusão, pois se constatou que os laços afetivos que mantinham com os idosos correspondiam a um relacionamento filial.

### 3.5 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e os dados passaram pelo processo de validação junto aos entrevistados, logo após foram analisados seguindo as orientações da estatística descritiva e da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A Estatística Descritiva tem por objetivo a descrição de um grupo sem a obtenção de conclusões sobre um grupo maior. Os dados podem ser apresentados por meio de métodos gráficos como as tabelas (PERTENELLI, s/d).

Esta análise, para Bardin (2011, p. 48) é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos, às condições de produção/recepção (variável inferidas) dessas mensagens (grifo do autor).

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo consiste no desmembramento do texto em unidades para descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e após proceder ao reagrupamento em classes ou categorias. A técnica compõe-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material e a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase inicial da organização e operacionalização das primeiras ideias. Realiza-se a leitura “flutuante” dos depoimentos, na qual se descobre o núcleo de sentido, a frequência de aparição, conhecer o texto e identificar os aspectos envolvidos.

Depois da realização das releituras, um conjunto de elementos dentro dos documentos de análise foi demarcado e destacado, constituindo-se o corpus. Este foi o conjunto de documentos considerados e submetidos aos procedimentos de análise, seguindo-se às preconizações do autor no que tange às regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Após, estabelecido o corpus, obteve-se a formulação das hipóteses e a relação com os objetivos. Uma hipótese é uma afirmação provisória a que se propõe verificar, recorrendo aos procedimentos de análise.

Em seguida, elaboraram-se as categorias e a codificação dos discursos. Na categorização, os elementos constitutivos dos discursos foram classificados por diferenciação e, seguidamente, reagrupados em razão de caracteres comuns. Nestas categorias foram realizados recortes, agregações e enumerações nos dados brutos, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão, suscetível de esclarecer as características do texto.

A exploração do material ou descrição analítica resultante das entrevistas versou da codificação em função de regras previamente formuladas. Tratou-se da etapa em que ocorreu a transformação dos dados em unidades que possibilitaram a descrição dos conteúdos.

A terceira e última etapa da análise constituiu-se da aplicação da inferência (operação lógica, que permite a passagem da descrição para a interpretação) e da interpretação dos conteúdos. Nesta interpretação, foram realizadas a análise do conteúdo e a discussão das categorias, correlacionando os temas com o referencial teórico existente sobre o assunto.

### 3.6 Aspectos éticos

A participação dos sujeitos na pesquisa considerou o posicionamento ético dos pesquisadores explicitados na Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Todos os colaboradores tiveram acesso às informações pertinentes a sua participação, com a garantia de anonimato, bem como a possibilidade de sua desistência a qualquer momento da pesquisa sem ônus algum (BRASIL, 1996). Para possibilitar sua adesão à

pesquisa os mesmos tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor, a primeira ficou de posse do colaborador e a segunda do pesquisador.

O início da pesquisa deu-se após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS-FURG) sob o nº. 73/2011 (ANEXO B) e do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES) sob o nº. 02 – 016/2011 (ANEXO C). Todos os procedimentos que foram desenvolvidos no decorrer da pesquisa ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora, como também o encargo de guardar os dados da pesquisa enquanto sua realização e por um período de cinco anos após seu término.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados dois artigos que resultaram do presente estudo e contemplam os objetivos propostos da pesquisa. Neles são expostos os resultados e efetuada a discussão dos dados obtidos nas entrevistas com os filhos cuidadores de pais idosos residentes na Vila da Quinta, Rio Grande/RS.

O primeiro artigo, intitulado **“Caracterização dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos residentes numa comunidade ao sul do Brasil”**, buscou a caracterização dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos, o que proporcionou conhecer a população em estudo. Está elaborado dentro das normas de publicação da Revista Eletrônica de Enfermagem de Goiânia (<http://www.fen.ufg.br/revista/>).

O segundo artigo, denominado **“A percepção dos filhos cuidadores acerca da saúde dos idosos cuidados residentes numa comunidade ao sul do Brasil”**, procurou conhecer a percepção dos filhos cuidadores de pais idosos acerca da saúde de seus pais, em área de abrangência do Posto de Saúde da Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) da Vila da Quinta, Rio Grande/RS. Encontra-se nas normas de publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem (<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>).

## 4.1 Artigo 1

### **Caracterização dos idosos e filhos cuidadores de idosos em uma comunidade no sul do Brasil**

### **Characterization of the elderly and adult children caregivers of the elderly in a community in southern Brazil**

### **Caracterización de los ancianos y hijos cuidadores de ancianos en una comunidad en el sur de Brasil**

#### **RESUMO**

Este estudo objetivou caracterizar idosos e filhos cuidadores de pais idosos, residentes ao sul do Brasil que são atendidos por duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de campo, exploratório descritivo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2011 com 26 filhos cuidadores de pais idosos, por meio de entrevista com a utilização de instrumento com etapa estruturada e semi-estruturada. Na análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta. A interpretação ocorreu por meio de interlocução com autores que produziram acerca do tema. Verificou-se que dentre os filhos cuidadores há predominância de mulheres, com idades entre 41 e 70 anos, casadas, com filhos, com baixa escolaridade, sem atividades remuneradas. Os idosos são em maioria mulheres com idades entre 71 e 80 anos, viúvas, residem com mais de 5 pessoas, por 10 anos e são portadores de duas ou mais morbidades.

Descritores: Saúde do Idoso. Saúde da Família. Relações Familiares. Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

This study aimed to characterize the elderly and adult children caregivers of aged parents living in the south of Brazil that are assisted by two Family Health Strategy Units. This is a field study, exploratory and descriptive. Data collection occurred between July and November 2011, with 26 adult children caregivers, through structured and semi-structured interviews. Descriptive statistics was used in data analysis and the results were presented by absolute frequency. The interpretation was made through the interchange with authors who have produced on the subject. It was found that among adult children caregivers there is predominance of women, aged between 41 and 70 years, married, with children, low education, and who do not execute paid work. The elderly are mostly women aged between 71 and 80 years, widowed, living with more than five persons for a period of 10 years and who carry two or more comorbidities.

Keywords: Health of the Elderly. Family Health. Family Relations. Nursing.

#### **RESUMEN**

Este estudio objetivó caracterizar de los ancianos y de los hijos cuidadores de padres ancianos, residentes al sur de Brasil que son atendidos por dos Unidades Estrategia de Salud de la Familia. Se trata de un estudio de campo, de tipo exploratorio y descriptivo. La colecta de datos ocurrió entre los meses de julio y noviembre de 2011 con 26 hijos cuidadores de padres ancianos, a través de entrevista estructurada y semiestructurada. En el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y los resultados fueron presentados por medio de frecuencia absoluta. La interpretación

ocurrió a través de la interlocución con autores que produjeron acerca del tema. Se pudo verificar que entre los hijos cuidadores hay predominancia de mujeres, con edad entre 41 y 70 años, casadas, con hijos, con poca escolaridad, que no realizan actividades remuneradas. Los ancianos son, en su mayoría, mujeres con edad entre 71 y 80 años, viudas, residiendo con más de 5 personas, por un período de 10 años y son portadores de dos o más comorbilidades.

Palabras clave: Salud del Anciano. Salud de la Familia. Relaciones Familiares. Enfermería.

## **INTRODUÇÃO**

O perfil populacional brasileiro encontra-se em processo de mudança, com o contingente de pessoas com 60 anos e mais evidenciando aumento considerável nas últimas décadas, consoante ao fenômeno mundial. A população idosa compõe hoje o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais<sup>(1)</sup>.

Além desta mudança no perfil populacional brasileiro, encontramos alterações significativas nas estruturas familiares. A família atualmente não é mais definida apenas pelos laços biológicos. Ela é constituída pelos indivíduos que lhe são significantes, ou seja, o modelo familiar tradicional constituído por pai, mãe e filhos apresenta-se em processo de transição<sup>(2)</sup>. A sociedade e o poder judiciário brasileiro reconhecem diversas formas de constituição familiar<sup>(3-4)</sup>, dentre elas, encontramos as reconstituições familiares a partir de indivíduos pós-processo de divórcio, pessoas adultas que vivem sozinhas, famílias monoparentais, geralmente constituídas pela mãe e pelos filhos. Nesse contexto, sua composição sofre alterações, sendo constituída por um número menor de pessoas<sup>(3)</sup>.

Fator importante nas mudanças estruturais familiares é a inserção da mulher no mercado de trabalho, que melhorou sua escolaridade e busca da sua realização profissional, alterando a tradicional divisão das tarefas domésticas e determinando a necessidade da simetria entre os gêneros. Além disto, quando há a necessidade da prestação cuidados a um membro dependente nesta família, precisa-se também fazer a reorganização destas funções, de acordo com as disponibilidades emocionais, temporais e materiais de cada indivíduo<sup>(4)</sup>.

Dentro deste panorama a questão que norteia este estudo é: qual o perfil dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos numa comunidade no Sul do Brasil? A busca a esta resposta resulta na construção de conhecimentos que permitam compreender a responsabilidade filial, adicionando conhecimentos e proporcionando a comparação dos resultados obtidos com pesquisas prévias em outras localidades, e também pela exploração desta temática que é relevante para a área da gerontologia. Desta forma, tem-se como objetivo caracterizar o perfil dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos numa comunidade no Sul do Brasil.

Pesquisa realizada sobre responsabilidade filial (AIRES, 2010), validou a etapa qualitativa do protocolo de pesquisa *Filial Responsibility* no Brasil. Baseado neste protocolo, desenvolvido e aplicado no Canadá e na China com o objetivo de avaliar as responsabilidades dos filhos relacionadas aos cuidados dispensados às pessoas idosas, foi elaborada pesquisa denominada *Responsabilidade Filial para com os pais idosos em uma comunidade do sul do Brasil* e para a viabilização deste estudo, um roteiro de entrevista embasado neste protocolo. Neste artigo são apresentados alguns dos resultados parciais desta pesquisa.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma comunidade no município de Rio Grande/RS. Foram entrevistados 26 filhos cuidadores de pais idosos, assistidos por duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF). Para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios: ser filho natural ou adotivo do idoso; morar com o idoso e/ou ser responsável pelo seu cuidado e atendê-lo em suas necessidades de saúde diariamente. Para a exclusão: o falecimento do idoso, número de quatro tentativas de contato sem sucesso e a internação do idoso no período da coleta de dados.

Neste estudo foi utilizado a primeira parte de um guia de entrevista gravada, composto por questões fechadas com a finalidade de caracterizar os sujeitos e por dez questões abertas que contemplam o gerenciamento do cuidado fornecido pelos filhos cuidadores aos idosos.

O instrumento foi submetido a um pré-teste a fim de se verificar a eficácia quanto ao alcance dos objetivos, por meio de sua aplicação a uma filha cuidadora de mãe idosa no primeiro distrito do município. Nesta etapa do instrumento buscou-se a caracterização dos filhos cuidadores e dos idosos e verificado o número de pessoas residentes no domicílio.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista única gravada com cada participante. Para dar início ao processo de coleta dos dados, a pesquisadora participou inicialmente de duas reuniões: a primeira com a enfermeira e os agentes comunitários da ESF área 19 e a segunda com a enfermeira e os agentes comunitários da ESF área 18. Nestas reuniões, foi exposto o estudo e solicitada a colaboração dos mesmos na identificação dos possíveis participantes do estudo.

Estas Unidades de Estratégia de Saúde da Família atendem juntas a 5.770 moradores, organizados em 2.052 famílias com 1.052 idosos. Após a identificação de 38 possíveis participantes, os pesquisadores dirigiram-se no período de julho a novembro de

2011, ao domicílio de cada uma dessas pessoas, procedendo à coleta dos dados. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador de voz digital. Aqueles filhos cuidadores quando não encontrados foram visitados até quatro vezes em dias e horários diferentes na tentativa de contatá-los. Dos 38 possíveis participantes, 10 não foram encontrados, 2 foram suprimidos do estudo em virtude ao falecimento dos idosos, não havendo negativa em participar do estudo.

Na análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta. A realização da interpretação dos dados ocorreu com a utilização de interlocução com autores que produziram acerca do tema estudado.

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS-FURG) sob o nº. 73/2011 e do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES) sob o nº. 02 – 016/2011 e foi desenvolvido de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## **RESULTADOS**

A análise dos dados gerou informações acerca da caracterização dos filhos cuidadores de pais idosos e dos próprios idosos.

### **CARACTERIZAÇÃO DOS FILHOS CUIDADORES DE PAIS IDOSOS**

A amostra foi composta por 26 filhos cuidadores de pais idosos atendidos pela UBSF das áreas 18 e 19 no município de Rio Grande/RS. A maioria dos filhos cuidadores é do sexo feminino, o que mostra que o principal cuidador familiar, ainda é a mulher. No entanto, verifica-se que os homens, também, vêm assumindo o papel de cuidador de seus pais. Dos sete homens cuidadores, cinco dividem o cuidado do idoso com suas companheiras.

Na tabela 1 verifica-se que em relação à idade, a maioria dos cuidadores possui entre 41 e 60 anos, possuem filhos e são portadores de doenças crônicas como hipertensão, hepatite C, sendo inclusive uma cadeirante e um alcoolista. O nível de escolaridade mostra que a maioria dos filhos cuidadores possui ensino fundamental incompleto.

**Tabela 1** - Distribuição dos filhos cuidadores segundo sexo, idade e escolaridade - Rio Grande/RS, Brasil - 2011.

| <b>Sexo/idade/escolaridade</b> | <b>Número de filhos cuidadores</b> |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Total</b>                   | 26                                 |
| <b>Sexo</b>                    |                                    |
| Masculino                      | 7                                  |
| Feminino                       | 19                                 |
| <b>Idade</b>                   |                                    |
| 21  —  30                      | 2                                  |
| 31  —  40                      | 2                                  |
| 41  —  50                      | 9                                  |
| 51  —  60                      | 10                                 |
| 61  —  70                      | 3                                  |
| <b>Escolaridade</b>            |                                    |
| Ensino fundamental incompleto  | 15                                 |
| Ensino fundamental completo    | 2                                  |
| Ensino médio incompleto        | 1                                  |
| Ensino médio completo          | 7                                  |
| Ensino superior completo       | 1                                  |

Fonte: Tabela desenvolvida pela autora.

Na tabela 2, em relação ao estado conjugal, a maioria dos participantes é casada. Destes, oito (8) não possuem filhos. Os outros têm entre um e cinco filhos. A maioria (15) possui entre dois e três filhos. Na tabela 3, dezesseis não desempenham ocupação fora do lar. Dos dez que trabalham, oito tem carga horária de mais de 40 horas semanais, trabalhando inclusive aos finais de semana. Dos filhos que exercem atividade remunerada, seis são mulheres e destas, duas já estão aposentadas e dos que não trabalham, três estão aposentados por invalidez. Em relação á profissão, evidenciou-se que os que trabalham fora de casa realizam atividades variadas, com baixa remuneração.

**Tabela 2** - Distribuição dos filhos cuidadores conforme o estado conjugal, número de filhos - Rio Grande/RS - Brasil - 2011. (Continua)

| <b>Estado conjugal/N. de filhos</b> | <b>Número de filhos cuidadores</b> |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Total</b>                        | <b>26</b>                          |
| <b>Estado Connjugal</b>             |                                    |
| Solteiro                            | 8                                  |
| Casado                              | 14                                 |
| Divorciado                          | 2                                  |
| Viúvo                               | 2                                  |

**Tabela 2** - Distribuição dos filhos cuidadores conforme o estado conjugal, número de filhos - Rio Grande/RS – Brasil - 2011. (Conclusão)

| <b>Estado conjugal/N. de filhos</b> | <b>Número de filhos cuidadores</b> |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Número de filhos</b>             |                                    |
| Não possuem filhos                  | 8                                  |
| Possuem 1 filho                     | 2                                  |
| Possuem 2 filhos                    | 6                                  |
| Possuem 3 filhos                    | 9                                  |
| Possuem 5 filhos                    | 1                                  |

Fonte: Tabela desenvolvida pela autora.

**Tabela 3** - Distribuição dos filhos cuidadores conforme a ocupação, horas de trabalho e profissão - Rio Grande/RS – Brasil – 2011.

| <b>Ocupação/horas semanais de trabalho/profissão</b> | <b>Número de filhos cuidadores</b> |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Total</b>                                         | 26                                 |
| <b>Ocupação</b>                                      |                                    |
| Não possuem ocupação fora do lar                     | 16                                 |
| Possuem ocupação fora do lar                         | 10                                 |
| <b>Total</b>                                         | 10                                 |
| <b>Horas semanais</b>                                |                                    |
| Trabalham 40 horas                                   | 2                                  |
| Trabalham 40 – 62 horas                              | 8                                  |
| <b>Profissão</b>                                     |                                    |
| Agente comunitário                                   | 1                                  |
| Agricultor                                           | 2                                  |
| Atendente em loja                                    | 3                                  |
| Fotografo                                            | 1                                  |
| Gerente de fábrica                                   | 1                                  |
| Motoboy                                              | 1                                  |
| Pedreiro                                             | 1                                  |

Fonte: Tabela desenvolvida pela autora.

Nosso estudo verificou que os dados obtidos junto aos filhos cuidadores de idosos estão em conformidade com as demais pesquisas realizadas e encontradas na literatura. Podemos observar que neste grupo há predominância de mulheres, com idades entre 41 e 70 anos, casadas, com filhos, com baixa escolaridade, que não realizam atividades remuneradas permanecendo junto ao idoso, atendendo as suas necessidades, a casa e demais membros familiares.

## CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS CUIDADOS

O estudo contemplou 28 idosos, pois dois (2) filhos cuidavam de ambos os pais. Os dados coletados sobre os idosos foram organizados na Tabela 4 quanto ao sexo, idade, estado conjugal.

Os idosos do estudo eram na maioria mulheres (24), com idades entre 71 e 80 anos (11) e viúvas (22). Onze idosos possuíam mais de 81 anos.

**Tabela 4** - Distribuição dos idosos segundo sexo, idade e estado conjugal – Rio Grande/RS – Brasil - 2011.

| <b>Sexo/idade/estado conjugal</b> | <b>Número de idosos</b> |
|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>Total</b>                      | 28                      |
| <b>Sexo</b>                       |                         |
| Masculino                         | 4                       |
| Feminino                          | 24                      |
| <b>Idade</b>                      |                         |
| 61  —  70                         | 5                       |
| 71  —  80                         | 11                      |
| 81  —  90                         | 8                       |
| 91  —  mais                       | 4                       |
| <b>Estado conjugal</b>            |                         |
| Solteiro                          | 1                       |
| Casado                            | 4                       |
| Divorciado                        | 1                       |
| Viúvo                             | 22                      |

Fonte: Tabela desenvolvida pela autora.

Na Tabela 5 observamos que a maioria dos idosos eram mães dos filhos cuidadores (21), e o maior número de idosos com dois a quatro filhos vivos, coabitando no mesmo domicílio com seis pessoas, há aproximadamente de um a dez anos com o filho cuidador.

Verifica-se que oito cuidadoras nunca saíram da casa dos pais, mesmo após estarem casadas, moram com os pais e por isso assumiram o seu cuidado.

**Tabela 5** - Distribuição dos Idosos conforme o Grau de parentesco, Número de filhos vivos, Número de pessoas que coabitam no domicílio, Tempo de coabitação do idoso com o filho cuidador – Rio Grande/RS – Brasil - 2011.

| <b>Grau de parentesco, Número de filhos vivos, Número de pessoas que coabitam no domicílio, Tempo de coabitação do idoso com o filho cuidador</b> | <b>Número de idosos</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Total</b>                                                                                                                                      | <b>28</b>               |
| <b>Grau de parentesco</b>                                                                                                                         |                         |
| Mãe                                                                                                                                               | 24                      |
| Pai                                                                                                                                               | 4                       |
| <b>Número de filhos vivos</b>                                                                                                                     |                         |
| Idosos com 1 filho                                                                                                                                | 3                       |
| Idosos com 2 filhos                                                                                                                               | 6                       |
| Idosos com 3 filhos                                                                                                                               | 5                       |
| Idosos com 4 filhos                                                                                                                               | 5                       |
| Idosos com 5 filhos                                                                                                                               | 3                       |
| Idosos com 6 filhos                                                                                                                               | 2                       |
| Idosos com 8 filhos                                                                                                                               | 1                       |
| Idosos com 10 filhos                                                                                                                              | 1                       |
| Idosos com 11 filhos                                                                                                                              | 1                       |
| Idosos com 13 filhos                                                                                                                              | 1                       |
| <b>Número de pessoas que coabitam no domicílio</b>                                                                                                |                         |
| Duas pessoas                                                                                                                                      | 8                       |
| Três pessoas                                                                                                                                      | 8                       |
| Quatro pessoas                                                                                                                                    | 5                       |
| Seis pessoas                                                                                                                                      | 5                       |
| Sete pessoas                                                                                                                                      | 1                       |
| Oito pessoas                                                                                                                                      | 1                       |
| <b>Tempo de coabitação do idoso com o filho cuidador</b>                                                                                          |                         |
| De 1 a 10 anos                                                                                                                                    | 12                      |
| De 11 a 20 anos                                                                                                                                   | 5                       |
| De 21 a 30 anos                                                                                                                                   | 3                       |
| De 31 a 40 anos                                                                                                                                   | 1                       |
| De 41 a 50 anos                                                                                                                                   | 2                       |
| De 51 a ou mais                                                                                                                                   | 5                       |

Fonte: Tabela desenvolvida pela autora.

O estudo evidenciou que o idoso cuidado é principalmente do sexo feminino, possui entre 71 e 80 anos, é mãe do filho cuidador, coabita com cerca de seis pessoas no mesmo domicílio e com o filho cuidador entre 1 e 10 anos, não possui morbidades ou possui até quatro, sendo as principais hipertensão e cardiopatias.

Segundo os entrevistados, os idosos apresentavam morbidades. Dentre estas, encontrou-se um (1) idoso com alergia, três (3) idosos com doença de Alzheimer, um (1)

idoso com artrite, quatro (4) com artrose, um (1) com acidente vascular cerebral, um (1) com cálculo biliar, dois (2) com câncer (câncer de mama e câncer de útero), nove (9) com cardiopatias, um (1) com catarata, dois (2) com diabetes, um (1) com diminuição da acuidade visual, um (1) com diminuição de audição, um (1) com gastrite, treze (13) com hipertensão, um (1) com infecção urinária, um (1) com osteoporose, um (1) com prótese de joelho, um (1) com rompimento de tendão, um (1) com sinusite e um (1) com trombose em membro inferior.

Dos 28 idosos do estudo, sete (7) não apresentavam morbidades, seis (6) haviam adquirido uma (1) comorbidade, seis (7) duas, sete (7) três e dois (2) 4 morbidades associadas.

## **DISCUSSÃO**

Quanto à caracterização dos filhos cuidadores dos pais idosos, verificamos que existem quatro fatores para a designação de um cuidador principal, que são: "1. o parentesco (em sua maioria, os cônjuges); 2. gênero (predominantemente a mulher); 3. proximidade física (quem convive com o idoso); e 4. proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos)".<sup>(5:98)</sup> Logo, o papel de cuidar, é passado para a mulher, muitas vezes, de geração a geração, como sendo mais um dos atributos das atividades domésticas e inserido no papel de mãe, pois é visto, culturalmente, como natural.<sup>(6)</sup>

Mulheres que assumem o papel do cuidado são incluídas em faixa etária entre 41 e 70 anos. Estas cuidadoras possuem maior predisposição para serem atingidas pelo impacto negativo do cuidado, pois sofrem as mudanças associadas ao próprio envelhecimento e pela probabilidade de elas mesmas apresentarem um estado de saúde semelhante ao do idoso cuidado<sup>(7)</sup>.

Em um número reduzido de famílias, pode-se encontrar filhos cuidadores do sexo masculino. Vem se observando uma crescente participação dos homens como cuidadores (15,7%), sendo esses esposos, filhos e netos. Apesar da grande prevalência do sexo feminino, na classe de cuidadores de idosos há uma ascensão da participação de homens, entre eles, netos, esposos e filhos. Cerca de 50% dos cuidadores eram casados. A maioria não tem tempo para trabalhar fora do domicílio, e alguns, geralmente, abandonam seus empregos em prol do cuidado ao idoso que, comumente, exige constância<sup>(8)</sup>.

A mulher pode ser entendida como a primeira responsável pelo cuidado de idosos. Esta função tem sido realizada por ela, além de outras exigências como a necessidade de colaborar no sustento econômico familiar. Mulheres casadas, com filhos e que possuem sua própria família, vivenciam níveis elevados de tensão pela necessidade do equilíbrio

entre o cuidado dispensado ao idoso, aos demais membros da família e o trabalho fora do lar<sup>(7)</sup>.

Verificamos a baixa escolaridade do cuidador, o que pode ocasionar uma queda na qualidade do cuidado oferecido ao idoso, pois este precisa ler as prescrições, as dietas e manusear os medicamentos. Pode acarretar insegurança relacionada à saúde do idoso, dando margem a trocas de medicamentos, administração de doses e/ou vias erradas de remédios, entre outros<sup>(9)</sup>.

Existe correlação negativa, entre baixo nível de escolaridade, alteração no estado emocional e enfrentamento individual em situações de comprometimento<sup>(7)</sup>. Esses resultados nos permitem inferir que, quanto menor o grau de escolaridade do cuidador, tanto mais significativas às alterações emocionais que este pode evidenciar como resultado da assunção do papel de cuidador familiar do idoso dependente; e tanto mais ineficaz ou comprometido o modo de enfrentamento individual da situação. Os dados acerca da escolaridade possuem estreita relação com o baixo nível de renda das famílias de que os cuidadores faziam parte.

O entrelaçamento do nível educacional e de renda dos cuidadores constitui forte preditor de tensão. Vale salientar que, quando a provisão de cuidado transcorre em condições de escassez de recursos materiais, ela tende a ser vista como um dever ou opção sem alternativa pela cuidadora, constituindo, assim, uma atividade estressante<sup>(10)</sup>.

O desempenho de outras funções em locais fora de casa pode ser benéfico aos filhos cuidadores, pois as alternâncias das atividades são capazes de proporcionar oportunidades de descanso das atividades de cuidado e também favorecer interações sociais, e vir a minimizar problemas como isolamento, angústia ou depressão<sup>(9)</sup>. Entretanto, verificamos que cuidadores de idosos que trabalham fora de casa afirmaram já haver chegado mais tarde ou saído mais cedo do trabalho em função do cuidado. Além disso, todos se preocupavam com o idoso enquanto estavam no emprego. Essa interferência atingia o nível de satisfação dos cuidadoras com a qualidade do seu trabalho. Esses achados mostram a correlação entre prejuízos no trabalho formal de cuidadores familiares de idosos, associados às demandas de cuidado, e o aumento de tensão<sup>(11)</sup>.

Encontramos que pessoas idosas com doença de Alzheimer (DA) eram cuidadas por outras, cerca de 80%, que tinham idade média de 57 anos, 86% eram mulheres, prestavam cuidados em média 15 horas por dia durante um tempo médio de 42 meses. O percentual de 73% deles moravam com os idosos, 97% apresentavam pelo menos um problema de saúde e 68% faziam uso de algum tipo de medicação todos os dias, 59% não trabalhavam fora de casa e 53% não recebiam nenhum tipo de ajuda para cuidar do idoso com DA. Esses cuidadores apresentavam qualidade de vida bastante comprometida nos aspectos físicos/sociais/emocionais, dor, vitalidade, e saúde mental medidos pelo SF-

36 e alto nível de sobrecarga relacionado à atividade do cuidado nos aspectos: tensão geral, isolamento e ambiente mensurados pela Cargiver Burden Scale<sup>(12)</sup>.

Quanto ao grau de parentesco destes cuidadores e outras questões, verificamos que os idosos cuidados eram predominantemente do sexo feminino, com idades entre 75 e 84 anos, viúvas, sob a responsabilidade de cuidador principal eleito dentre a família, geralmente cônjuges e/ou filhos<sup>(10)</sup>.

Evidenciamos que as cuidadoras possuíam vínculo familiar com o idoso, sendo filhas, esposa e netas<sup>(13)</sup>. Todas do sexo feminino, mostrando que mais mulheres alcançam mais a longevidade do que os homens porque elas procuram mais o serviço de saúde e são mais cuidadosas com sua própria saúde<sup>(14)</sup>. A procura dos serviços de saúde de modo preventivo pelo sexo masculino, com adoção de práticas de autocuidado é muito reduzida, pois esta conduta é dificultada pelas amarras culturais. O homem pode ser associado à fraqueza com esta conduta e deixar de ser visto como viril, invulnerável, o que implicaria em desconfianças acerca da sua masculinidade<sup>(15)</sup>.

A prevalência do sexo feminino pode ser considerada quanto ao gênero, às altas taxas de mortalidade masculinas são relacionadas à violência, acidentes de trânsito e de doenças crônicas, enquanto que mulheres, tem altas taxas de morbidade em quase todas as doenças crônicas não fatais<sup>(16)</sup>. A ausência dos homens ao serviço de saúde seria explicada pelo medo da descoberta de uma doença grave. O não ter conhecimento pode ser considerado um fator de proteção para os homens. Eles também teriam vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, como exemplo, o exame de prevenção ao câncer de próstata. A falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem pode prejudicá-lo e fazê-lo sentir que seu papel de provedor está ameaçado pelo não estímulo do mercado de trabalho a esta prática<sup>(15)</sup>. Este contexto pode explicar as diferenças de idades entre idosos do sexo masculino e feminino.

Em relação à caracterização dos idosos cuidados, verificamos que em estudo sobre o grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária foram encontrados idosos do sexo masculino com idades entre 61 e 92 anos e do sexo feminino com idades entre 60 e 107 anos<sup>(17)</sup>.

Quanto ao estado conjugal, a maioria dos idosos era viúvo. Evidenciamos a predominância de viúvas entre as idosas, mas em relação aos homens, a maioria era casado<sup>(17-20)</sup>. Isto ocorre pela alta expectativa de vida feminina e as mulheres, ao se tornarem viúvas, tendem a permanecer nessa situação, já os homens, ao perderem as parceiras, tendem a se casarem outra vez<sup>(17)</sup>.

Verificamos que os idosos casados eram cuidados por suas esposas; os viúvos eram cuidados em sua maioria pelas filhas, especialmente pelas solteiras, divorciadas ou também viúvas<sup>(10)</sup>. Por não possuírem família constituída, as filhas solteiras costumam desempenhar com mais frequência o papel de cuidadoras informais. Elas, além de serem

mais disponíveis, são mais pressionadas pelos demais familiares para a realização desta função<sup>(9)</sup>.

Quanto ao número médio de filhos por indivíduo, observamos que foi de 3,65, variando zero a treze filhos<sup>(17)</sup>. Foi verificada a média de 4,08 filhos por idoso<sup>(18)</sup>.

Em relação aos motivos de ser cuidador, pontuamos a dependência mútua, a necessidade da cuidadora precisar conciliar os afazeres da casa com a assistência ao idoso também são encontrados na literatura<sup>(10)</sup>. A maioria dos cuidadores mora acompanhado, mas o percentual de idosos que vivem sozinhos aumenta quando se refere a idosos com 80 anos e mais, demonstrando a relação de gênero, pois o número de mulheres nessa idade aumenta<sup>(19)</sup>.

Quanto aos motivos que levam os idosos a dividir o domicílio com mais pessoas, encontramos a equivalência entre aqueles que afirmaram ter ido morar com o idoso e aqueles que afirmaram ter sido o idoso quem foi morar no domicílio da família, além dos filhos que sempre moraram com seus pais e ainda permanecem na casa e dos idosos que residem sozinhos. Os solteiros vivem mais em arranjos intra geracionais, os divorciados vivem sozinhos e em arranjos tri geracionais, os viúvos vivem na maioria com os filhos, sozinhos e em outros arranjos<sup>(18)</sup>.

A necessidade dos idosos irem morar com as famílias pode trazer benefícios tanto para os idosos quanto para os mais jovens<sup>(18)</sup>. O idoso tem a possibilidade de atendimento imediato e ininterrupto. Este atendimento aumenta a exposição aos efeitos negativos do cuidado e a níveis mais elevados de tensão pelo cuidador e fazem com que os idosos percam sua independência<sup>(18)</sup>.

Um dos motivos de preditor do cuidado ao idoso são as morbidades<sup>(10,20)</sup>. Verificamos um alto índice de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial, problemas cardiovasculares e osteoartroses. O alto índice de doenças crônicas pode estar associado ao gênero, sendo justificado pela prevalência de mulheres idosas<sup>(20)</sup>.

A ocorrência de doenças crônicas associadas acarreta no uso de vários fármacos ao longo do dia pelos idosos, o que se denomina polifarmácia. A classificação da polifarmácia pode ser apresentada em leve (uso de dois a três fármacos), moderada (quatro a cinco) e grave (mais de cinco fármacos)<sup>(21)</sup>. A polifarmácia é um evento presente nos idosos e torna-se um acontecimento natural devido às diversas doenças que acompanham o processo de envelhecimento, tendo uma maior predominância no gênero feminino<sup>(22)</sup>.

Os eventos adversos relacionados aos medicamentos são muito altos em idosos, devido à vulnerabilidade, o que ocorre pela complexidade dos problemas clínicos, à ação de múltiplos agentes, e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento<sup>(23)</sup>.

Acredita-se que por meio do conhecimento da caracterização dos idosos e dos filhos cuidadores de idosos, que foram o foco deste estudo, a enfermagem poderá atuar auxiliando estes indivíduos na melhoria de sua qualidade de vida. A enfermagem, atuando na detenção destas informações, poderá planejar melhor suas ações em prol do suprimento das necessidades destes indivíduos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O rápido crescimento da população idosa no país tem fomentado investimentos na área de políticas públicas de saúde. As perspectivas mostram que a tendência é o Brasil tornar-se rapidamente um país com predominância de pessoas idosas. Isto nos remete à importância do desenvolvimento de políticas públicas, adaptadas à realidade da estrutura populacional e principalmente, direcionadas à estrutura familiar que prestará o cuidado a este membro dependente.

Com todas as alterações estruturais, sociais, políticas e econômicas ocorridas na sociedade, que inferem modificações das atividades dos membros familiares, pouco mudou na organização destas famílias no que se refere ao cuidado a um membro idoso dependente.

Este estudo reafirma os resultados encontrados nas produções científicas estudadas. As instituições familiares brasileiras vêm demonstrando empenho e preocupação no atendimento deste indivíduo, mesmo quando este processo resulta em prejuízos aos demais membros destas famílias e apesar das dificuldades encontradas para a realização da adaptação/readaptação de sua dinâmica para o cuidado ao membro idosos dependente.

Como limitações deste estudo, citamos o número reduzido de entrevistados, o que impossibilita a generalização dos resultados. Outro fator que interferiu na coleta de dados foi a sazonalidade. A comunidade tem características rurais e o período de chuvas que ocorreram nos meses de julho e setembro nesta região, dificultou esta etapa do processo da pesquisa. A combinação de estradas ou ruas de terra com as chuvas, em alguns dias, inviabilizou o deslocamento dos entrevistadores às residências, que retornaram em outra ocasião para dar sequência à coleta dos dados.

Verificou-se que dentre os filhos cuidadores de pais idosos, ainda há predominância de mulheres, com idades entre 41 e 70 anos, casadas, com filhos, com baixa escolaridade, que não realizam atividades remuneradas, permanecendo junto ao idoso, atendendo as suas necessidades, a casa e demais membros familiares. Os idosos são em maioria mulheres, com idades entre 71 e 80 anos, viúvas, residem com mais 5 pessoas, por um período de pelo menos 10 anos e são portadores de duas ou mais morbidades.

Os perfis dos componentes destes grupos vão ao encontro do que é descrito na literatura.

A contribuição desta pesquisa para a enfermagem dá-se por meio da aquisição de informações que poderão auxiliar na elaboração de práticas assistenciais e políticas públicas no município do Rio Grande. Vislumbra-se proporcionar uma perspectiva apurada a estes profissionais de saúde, sobre as atitudes e comportamentos dos cuidadores familiares no desempenho de suas atividades de suporte aos pais idosos e auxiliar no planejamento de ações na atenção básica, reforçando os sistemas de apoio formal e informal para proteção da família.

## REFERÊNCIAS

1. Souza RF, Skubs T, Brêtas AC. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev. bras. Enferm. 2007;60(3):263-267.
2. Santos, ESV. Uma análise dos diversos arranjos familiares da atualidade. Webartigos.com.[Internet]. 2010 [cited 2011 aug]. Available from: <http://www.webartigos.com/articles/40312/1/uma-análise-dos-diversos-arranjos-familiares-da-atualidade-/pagina1.html>.
3. Trindade E. Incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. Cad. Saúde Pública. 2008;24(5):951-64.
4. Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SS, Silva NN, Marucci MF. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. Rev. bras. epidemiol. 2007;10(2):190-201.
5. Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. Rev esc enferm. USP. 2005;39(1):97-102.
6. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):372-77.
7. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev. bras. enferm. 2009;62(1):57-63.
8. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da Família cuidadora de idoso Doente / fragilizado do Contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto Contexto – enferm. 2006;15(4):570-77.
9. NAKATANI, AYK. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia[Internet]. 2003 [cited 2012 ago 23]; 5(1):15-20. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/773/863>
10. Borges PLC, Brêtas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008;24(12):2798-2808.

11. Oliveira DC; Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto contexto - enferm.* 2011;20(2):234-240.
12. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta paul. Enferm.* 2009;22(5):652-657.
13. Pimenta GM, Costa MA, Gonçalves LH, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev. esc. enferm. USP.* 43(3): 609-614, set. 2009.
14. Takemoto AY, Moliterno ACM, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Caracterização de idosos submetidos ao tratamento hemolítico. II Simpósio Maringauense de Gerontologia; 2010; Maringá; 2010.
15. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2007;23(3):565-574.
16. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes no consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2005;21(6):1737-1746.
17. Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto contexto - enferm.* 2011; 20(1): 59-67.
18. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2010 [cited 2012 jan 04];18(1):[08 telas]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf)
19. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005;8(2):127-41.
20. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):49-54.
21. Kusano LTE. Prevalência da polifarmácia em idosos com demência. [dissertation]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. 111 p.
22. Gautério, DP. Proposta de diagnósticos de enfermagem para idosos institucionalizados que fazem uso de medicamentos. [dissertation]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2011. 91 p.
23. Secoli SR. Polifarmácia: indicações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(1):136-140.

## 4.2 Artigo 2

### **A percepção dos filhos cuidadores acerca da saúde de idosos cuidados residentes numa comunidade do sul do Brasil**

### **The perception of adult children caregivers about the health of the elderly living in a community in the south of Brazil**

### **La percepción de los hijos cuidadores acerca de la salud de los ancianos cuidados residentes en una comunidad al sur de Brasil**

#### **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos filhos cuidadores de idosos acerca das condições de saúde de seus familiares idosos. Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada numa comunidade do sul do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de julho a novembro de 2011. Os sujeitos foram 26 filhos cuidadores de pais idosos. A coleta ocorreu através de entrevistas semiestruturadas nas residências dos participantes. Na análise emergiram três categorias: Capacidade Funcional, Morbidade e Percepção e Avaliação de Saúde. Constatou-se que os filhos percebem a saúde de seus pais de forma integral, valorizando a independência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Como parâmetro para avaliação de saúde do idoso utilizam a sua própria condição de saúde e conceitos pré-estabelecidos socialmente, como a normalidade do surgimento de doenças com o avançar da idade.

Descritores: Idoso. Saúde do Idoso. Saúde da Família. Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The aim of this study was to know the perception of the adult children caregivers of aging parents about the health of the elderly. It's a qualitative, descriptive, research held in a community of southern Rio Grande do Sul, Brazil, from July to November 2011. The subjects were 26 adult children caregivers of elderly parents. Data was collected through semi-structured interviews in the participants' homes. In the analysis emerged three categories: Functional Capacity, Morbidity and Health Perception and Evaluation. It was found that the caregivers of aging parents perceive their parents' health holistically, valuing independence for basic and instrumental activities of daily living. As a parameter for assessing the health of the elderly they use their own health status and pre-established social concepts such as the common emergence of diseases with advancing age.

Keywords: Elderly. Health of the Elderly. Family Health. Nursing.

#### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de los hijos cuidadores de padres ancianos acerca de las condiciones de salud de los ancianos. Pesquisa cualitativa, descriptiva, realizada en una comunidad del sur de Rio Grande do Sul, Brasil, en el período de julio a noviembre de 2011. Los sujetos fueron 26 hijos cuidadores de padres ancianos. La colecta ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas en las residencias de los participantes. En el análisis surgieron tres categorías: Percepción de la Capacidad

Funcional, Morbilidad y del la Salud Evaluación. Se pudo verificar que los hijos cuidadores de padres ancianos perciben la salud de sus padres de forma integral, valorando la independencia para las actividades básicas e instrumentales de vida diaria. Como parámetro para evaluación de la salud del anciano utilizan su propia condición de salud y conceptos pre-establecidos socialmente, como la normalidad del apareamiento de determinadas enfermedades con el progresar de la edad.

Palabras clave: Anciano. Salud del Anciano. Salud de la Familia. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento em si pode acarretar modificações físicas e mentais como o aumento da fragilidade e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que pode resultar na necessidade de cuidados especiais e na formulação por parte da família e/ou cuidadores de alternativas para a resolução dos problemas que possam surgir relacionados a estas doenças<sup>(1)</sup>.

Vários instrumentos têm sido utilizados com o intuito de conhecer uma população, entre estes se destaca a auto percepção de saúde, que representa uma variável muito utilizada em trabalhos científicos pela sua intensa associação com a mortalidade, morbidade e uso de serviços de saúde<sup>(2)</sup>. Esta é uma das razões mais importantes para o uso da percepção da saúde como indicador da condição de saúde do idoso<sup>(3)</sup>.

Na Constituição de 1988, o artigo 230, ressalta que o cuidado aos idosos é de responsabilidade da família – filhos ou outros membros, seguido da sociedade e do Estado. Quando os filhos estes se encontram impossibilitados da realização do cuidado, estes devem assegurar a participação dos idosos na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo o seu direito à vida<sup>(4)</sup>.

O Estado presta apoio às famílias através das Políticas Públicas, com programas como: Estratégia da Saúde de Família (ESF) e Previdência Social, o que chamamos de apoio social formal. As famílias podem contar também com o apoio social informal, que é prestado por amigos, vizinhos e outros<sup>(5)</sup>.

Nesta conjuntura, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos filhos cuidadores de pais idosos acerca as condições de saúde dos idosos. Este estudo justifica-se pelo aumento de pessoas idosas no Brasil e pela ampliação no número de filhos cuidadores de pais idosos. Sua contribuição se dará por meio de informações que poderão auxiliar na compreensão dos profissionais de saúde sobre as condições de saúde dos idosos e na identificação de problemas para a elaboração de ações, avigorando os sistemas de apoio social.

Pesquisa realizada sobre responsabilidade filial (AIRES, 2010), validou a etapa qualitativa do protocolo de pesquisa *Filial Responsibility* no Brasil. Baseado neste protocolo, desenvolvido e aplicado no Canadá e na China com o objetivo de avaliar as

responsabilidades dos filhos relacionadas aos cuidados dispensados às pessoas idosas, foi elaborada pesquisa denominada *Responsabilidade Filial para com os pais idosos em uma comunidade do sul do Brasil* e para a viabilização deste estudo, um roteiro de entrevista embasado neste protocolo. Neste artigo são apresentados alguns dos resultados parciais desta pesquisa.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, qualitativo, descritivo, realizado em uma comunidade no município de Rio Grande/RS. Foram entrevistados 26 filhos cuidadores de pais idosos, assistidos por duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), que atendem uma população de 5.770 habitantes, organizadas em 2.052 famílias com 1.052 idosos. Para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios: o cuidador deveria ser filho natural ou adotivo do idoso; morar com o idoso e/ou ser responsável pelo seu cuidado e atendê-lo em suas necessidades de saúde diariamente. Para a exclusão: o falecimento do idoso, número de quatro tentativas de contato sem sucesso e a internação do idoso no período da coleta de dados.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada única gravada com cada participante. Para a realização da coleta os entrevistadores participaram inicialmente de duas reuniões: a primeira com a enfermeira e os agentes comunitários da ESF área 19 e a segunda com a enfermeira e os agentes comunitários da ESF área 18. Nestas reuniões, foi exposto o estudo e solicitada à colaboração dos mesmos na identificação dos possíveis participantes do estudo.

Após a identificação de 38 possíveis participantes do estudo, a pesquisadora principal acompanhada por outro pesquisador dirigiu-se ao domicílio de cada uma dessas pessoas no período de julho a novembro de 2011, procedendo à coleta dos dados. Dos 38 possíveis participantes, 12 não foram encontrados, resultando em 26 participantes, que foram identificados pela letra F, seguida do número da entrevista.

Em seguida, transcorreu a apresentação dos pesquisadores aos filhos cuidadores de idosos, estes foram informados dos objetivos e metodologia do estudo e convidados a participar da pesquisa. Os que aceitaram, assinaram o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as entrevistas gravadas por meio de gravador de voz digital. Aqueles filhos cuidadores que não foram encontrados foram visitados até quatro vezes em dias e horários diferentes na tentativa de contatá-los.

Neste estudo, foi utilizado um guia de entrevista gravada, composto por um cabeçalho com dados de caracterização e dez questões abertas que contemplam o gerenciamento do cuidado, os aspectos envolvidos na responsabilidade filial de filhos cuidadores de idosos.

O instrumento foi aplicado a uma filha cuidadora de mãe idosa, residente no primeiro distrito do município, a fim verificar a boa adequação. Após aferida a validade, efetuou-se o estudo definitivo, constituído por duas partes: na primeira foi realizada a caracterização dos filhos cuidadores e dos idosos e verificado o número de pessoas residentes no domicílio; na segunda buscou-se conhecer a percepção dos filhos cuidadores acerca da saúde do idoso cuidado.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas literalmente e analisadas seguindo os pressupostos teóricos e metodológicos da Análise de Conteúdo de Bardin<sup>(6)</sup>. O conteúdo das entrevistas, após impresso, foi recortado e desmembrado do texto original e em seguida, reagrupado em categorias.

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS-FURG) sob o nº. 73/2011 e do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES) sob o nº. 02 – 016/2011e foi desenvolvido de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

A identificação do estado de saúde dos idosos efetuada pelos filhos cuidadores está relacionada com a manutenção da autonomia, independência e preservação da capacidade funcional do idoso. Os idosos tidos com saúde excelente ou muito boa, são independentes, realizam as atividades básicas de vida diária, como o autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária, que são as tarefas domiciliares. Eles também auxiliam os filhos no dia a dia, não necessitando de cuidados diretos como demonstrado abaixo através das falas dos filhos cuidadores, quando questionados sobre a qualidade da saúde de seus pais idosos, conforme depoimentos:

*Ótima, agora neste momento ela deve estar fazendo o almoço, já deve ter colocado na corda as roupas que eu deixei lavando, já deve ter lavado a segunda máquina de roupas. Ela coordena a casa toda. Tem uma menina que ajuda à tarde. As minhas filhas quem coordena é ela. Ela é quem faz tudo. (F9)*

*Boa. Muito boa, ela se cuida bastante, se alimenta direitinho, sabe o que não pode comer e o que pode. Eu também sei. Então ela se cuida bastante, ela come muito pouco, mas se alimenta direitinho. (F11)*

*É boa, porque ela faz todo o serviço dela, faz o rancho, faz prestações, é tudo com ela. Eu só ando com ela no centro. Quando ela vai ao médico, eu vou junto. (F22)*

*Está excelente, não precisa de remédio [...]. As pessoas têm hipertensão, diabetes, problema de coração, ela faz exames e não apresenta nada. (F24)*

Mesmo quando os idosos possuem alguns sinais e sintomas de doenças que podem ser permanentes ou esporádicos, mas que não os impedem de levar uma vida independente, os filhos cuidadores classificam a saúde de seus pais idosos como boa, como podemos observar na fala do F10:

*Eu acho que [...] é boa, porque não tem muitos problemas. No inverno ela sente dor no joelho, de resto. (F10)*

Outro parâmetro utilizado pelos filhos cuidadores para avaliar a saúde dos pais idosos é a comparação com a sua própria saúde, como pode ser identificado abaixo:

*Olha, eu acho que é melhor que a minha, porque ela anda, devagarzinho claro. A perninha dela já não está mais tão firme como antes, mas anda melhor do que eu até. Eu não ando. (F4)*

*Está boa. A minha saúde é pior que a dela. Pior é essa bursite que eu estou agora (F14)*

*Está bem. O problema de pressão, ela tem, eu também tenho. Está bem. Está consciente. Está bem [...] Tem esquecimento, eu também tenho esquecimento, chega uma hora e a gente se esquece das coisas. (F21)*

Nesses comentários é possível constatar que filhos cuidadores portadores de deficiências como F4 (cadeirante) ou com outras morbidades, tendem a comparar a saúde do idoso com a sua.

Em algumas situações, os filhos cuidadores condicionam o estado de saúde do idoso à idade dos mesmos e muitas vezes as doenças são identificadas pelo filho cuidador como morbidades comuns de pessoas com idade avançada. Parece existir o consenso de que quanto mais avançada à idade, mais doenças possam surgir. Assim, o ser idoso pode tornar-se um sinônimo de estar doente:

*Não eu acho que não, pela idade eu acho que não. (F4)*

*É que com a idade que ela já está, se queixa de uma dor no joelho, mais do que isso não. Quanto à memória, por enquanto está muito boa. Só está com problema de visão, ela já operou catarata, vez exame faz pouco e tem que consulta com ele pra ver se dá uma melhorada (F5)*

*Pela idade dela eu acho que está muito bem. Está consciente. (F10)*

*Ela só anda meio esquecida, mas é derivado a idade. (F11)*

*Ela resvalou e quebrou o tornozelo. Como ela tem as juntinhas gastas, teve que operar, mas mesmo quebrada ela andava na pontinha do pé. (F9)*

A percepção das condições de saúde dos idosos como estável é entendida pelos filhos cuidadores quando os idosos não apresentaram alterações em seu quadro saúde no último ano:

*Ela sempre teve dificuldade de se locomover, mas a não ser a muleta, ela é comum. (F15)*

*Está sempre a mesma coisa. Um dia quer sair, quer caminhar, no outro ele está calminho. Vai pra um lado e fica sentado, não conversa nada. (F20)*

Os idosos que possuem algum nível de dependência são classificados pelos filhos com estado de saúde regular/razoável. São os idosos que necessitam de supervisão ou auxílio de outra pessoa para a realização de determinadas atividades. Embora com relativas condições físicas, apresentam algumas restrições físicas ou doenças degenerativas, como se pode observar abaixo:

*Digamos que regular, porque eu acho que a mentalidade não está ajudando. O mental não está ajudando (F1)*

*É razoável. Ela é um pouco agitada porque tem problemas de nervos. (F6)*

*Ela teve uma fase em que a doença esteve estável. Agora nesses últimos dias, no último mês. Ela apresentou distúrbios que estão nos levando a levá-la de novo ao médico. Está mais agressiva, [...] Não esta me conhecendo, coisa que nunca tinha acontecido. Ela pede para eu ir embora, ir para minha casa. Para eu procurar a minha família. A gente até providenciou marcar o médico de novo para ir. Isso não tinha acontecido comigo. Está agravando mais. (F18)*

*Um dia está bem, outro dia mais ou menos. É só por causa da memória, por que o resto está bem. Ele tem uma tosse forte, mas já acostumou, é fumante, 3 maços, hoje está mais calmo (F20)*

*Regular. Agora há poucos dias ela caiu o 22º tombo, aí ficou com a perna roxa, mas não quebrou nada. Está caminhando tranquila. Só não pode fazer as coisas por causa do rompimento do tendão. Ela é lúcida, tranquila e não tem problemas. (F2)*

*Um dia está bem, no outro não, varia muito a pressão dela. Ela sente dor. Às vezes ela se queixa de dor na vesícula. Claro que ela diz dor no estômago, mas eu sei que não é, porque a minha mãe, também, tinha a mesma coisa. Quando não dizia que a dor era na barriga. (G12)*

*Regular, não é das piores. A única coisa que a mãe apresenta mesmo é ulcera varicosa, porque o resto da saúde dela é perfeita, é normal. (F16)*

*Mais ou menos, por enquanto acho que está mais ou menos. A velha reclama da vista. (F26)*

Os idosos que necessitam de supervisão de outras pessoas em tempo integral ou que estas realizem as atividades de vida diária por elas, são tidos pelos filhos cuidadores como em estado grave/ruim de saúde. São idosos que apresentam quadros mais avançado de doenças, e que se encontram em tratamento e/ou foram hospitalizados recentemente:

*O estado de saúde está bem grave. Está bem complicado. Tem que estar cuidando ela. De um a dez, seria quatro. Esse ano ela já esteve baixada. Quando estava bem ela saía, caminhava, ia ao supermercado. (F7)*

*É tem horas que eu vejo que ela não sabe onde está. Diz que mora lá na outra casa, na outra rua. Agora está acontecendo de novo. Então o problema é sair para caminhar na rua. (F3)*

*Ruim, pela dificuldade de caminhar, e esse problema de falta de ar, essa cansa. Ela esteve hospitalizada. Faz dois meses, no hospital do coração, por causa dessa cansa, dessa falta de ar que ela tinha. (F13)*

*Grave. Ela necessita de cuidados, ela está fazendo tratamento para o câncer de mama. (F17)*

A piora do estado de saúde do idoso também é percebida pelos filhos cuidadores quando relacionada à diminuição das suas capacidades funcionais, pelo aumento da limitação física ou mental e a necessidade da intensificação dos cuidados dispensados, seja pela diminuição da autonomia ou pelo surgimento ou agravamento de doenças que carecem de tratamentos específicos e especializados:

*Sim, eu percebo que ela já está mais fraquinha, mais debilitada. A visão principalmente, hipertensa, porque anda muito nervosa. A pressão tem subido muito, o que não era comum. Simplesmente ela deita e quando acorda esta com 20 de pressão (F1)*

*Ela vem piorando. Está mais lenta pra caminhar, pra fazer as coisas, precisa mais de ajuda para tudo. (F2)*

*Ela teve um problema há pouco tempo, ela teve baixada no instituto do coração [...] Está estranhando todo mundo, um problemão. Agora a gente tem que cuidar mais. (F3)*

*É, no ultimo ano é que ela apresentou esse problema maior. Essa queixa de dor no estômago. Dor no estômago e dor nas cadeiras. Queixa-se de dor nas costas. Ela diz cadeira, claro que é na coluna, ou são os rins (F12)*

*Dificuldade de caminhar, e esse problema que ela tem dessa falta de ar e cansa. Ela esteve hospitalizada, fazem dois meses, no hospital do coração, por causa dessa cansa, dessa falta de ar que ela tinha. Criou água no pulmão e um monte de coisas (F13)*

*Em relação a úlcera varicosa e ao esquecimento, ela piorou um pouquinho, deu uma piorada. (F16)*

*Na saúde física é o convalescimento dessa doença, toda essa função do câncer foi tudo esse ano (F17)*

*Pra andar ela tem bastante dificuldade, ela também enxerga pouco (F19)*

Os idosos, quando questionados acerca da própria saúde, tendem a avaliá-la mais positivamente do que quando as informações são fornecidas por outra pessoa. Autores relacionam este fato às alterações de memória dos idosos que poderiam influenciar a capacidade de recordar e informar ou a superestimação da sua condição de saúde para mostrarem-se autossuficientes, por receio de precisarem de cuidados ou ser institucionalizados. Quando respondidos por outras pessoas, as avaliações tenderam negativamente, por estas terem pouca escolaridade e baixas expectativas relacionadas à saúde do idoso, mas as informações fornecidas por outrem denotam a precariedade da condição de saúde do idoso.

Como podemos observar, a avaliação funcional é o instrumento utilizado por pesquisadores para a monitorização do estado clínico dos idosos. Muitas vezes ocorre de ser aplicado a um informante secundário diante da ocorrência de déficits cognitivos do idoso. Este instrumento também é usado, de forma leiga, como parâmetro das condições de saúde pelos filhos cuidadores de pais idosos. Vale ressaltar que o declínio na capacidade para realizar as Atividades de Vida Diárias pode ser modificado com a prevenção e a reabilitação.

## **DISCUSSÃO**

### **Capacidade Funcional**

A independência do indivíduo é representada através da realização das atividades físicas e mentais que são necessárias para manutenção das atividades básicas e instrumentais de vida diária<sup>(7)</sup>. No campo da gerontogeriatria, considera-se fundamental a preservação das capacidades funcionais, além da manutenção da saúde física e mental<sup>(8)</sup>. O centro da saúde dos idosos está na manutenção da independência e autonomia e o idoso é considerado saudável, quando não necessita de auxílio nem de supervisão para realizar as atividades diárias<sup>(9)</sup>.

Se o idoso mantiver a independência e autodeterminação, mesmo na presença de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), deve ser considerado saudável, ou seja, que possui saúde compatível com a idade. O principal fator de risco da maioria das DCNT em idosos é a própria idade, mas a longevidade não se apresenta como um empecilho à condução de uma vida autônoma<sup>(10)</sup>. É possível que idosos com duas ou três DCNT se considerem saudáveis, quando estas doenças estiverem controladas<sup>(11)</sup>.

Algumas pessoas apresentam a tendência de avaliar a sua percepção de saúde em função das limitações, ou seja, valorizam as atividades a que são limitadas<sup>(12)</sup>.

Comumente, a incapacidade funcional é avaliada através da afirmação de dificuldades para a realização de atividades básicas da vida diária e em atividades instrumentais da vida diária. Este declínio funcional é um componente intrínseco do processo de envelhecimento, é progressivo e está associado com o crescimento da carga de morbidade que aumenta com a idade<sup>(13)</sup>.

O modelo médico tradicional sugere que as doenças levam gradualmente os indivíduos a prejuízos, limitações funcionais e à incapacidade<sup>(14)</sup>. Este modelo focado em uma queixa principal, que tem o hábito de reunir todos os sinais e sintomas em um único diagnóstico não pode ser aplicado aos idosos, pois estes apresentam várias DCNT<sup>(10)</sup>. Dessa forma, quando um idoso independente perde uma função, esta deve ser entendida como um sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, mas nunca ser atribuída à velhice<sup>(15)</sup>.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul obteve associação significativa entre a capacidade funcional e as condições de saúde dos idosos, corroborando com o conceito de envelhecimento ativo, registrando que as pessoas culpam o processo de envelhecimento pela diminuição funcional e se esquecem de que a aptidão física tem grande importância para a manutenção das capacidades funcionais. As alterações das capacidades são advindas do seu mau uso ao longo da vida, um exemplo é o sedentarismo<sup>(16)</sup>.

O envelhecimento ativo foi um conceito introduzido pela WHO (World Health Organization) em 2002, que se define como um processo de otimização das oportunidades, participação e seguridade com vistas à promoção da qualidade de vida no processo de envelhecimento, com a utilização de mais recursos e abrangência de novas tecnologias.

Em acompanhamento durante doze meses de um grupo de idosos de ambos os sexos em atividades físicas regulares, observou-se que a prática de atividades físicas melhorou a aptidão para a realização das atividades básicas de vida diária, com algumas diferenças entre homens e mulheres. O mais interessante foi que os idosos com mais idade, obtiveram melhores resultados<sup>(14)</sup>. A auto percepção de saúde dos idosos demonstra que eles, quando sedentários, avaliaram sua saúde como ruim e os ativos como boa<sup>(16)</sup>.

Assim, para se alcançar um envelhecimento saudável há a necessidade de ações que estimulem a capacidade funcional e a autonomia do idoso, baseadas na auto percepção de saúde, arrolando a renda, escolaridade, capacidade funcional, morbidade entre outros<sup>(9)</sup>.

A capacidade funcional surge como um novo paradigma. A saúde passa a ser vista como resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. O comprometimento de qualquer uma dessas dimensões poderá afetar a capacidade funcional de um idoso<sup>(17)</sup>.

Neste sentido, as atividades de vida diárias são compreendidas como as funções necessárias para obtenção de uma vida independente em espaços sociais e as atividades instrumentais de vida diária podem servir de marcadores na detecção do declínio da capacidade funcional até a instalação da dependência total. O que pode ser revertido ou amenizado com o incentivo às atividades de autocuidado<sup>(18)</sup>.

### **Morbidade**

Quando ocorre a deterioração da capacidade funcional, começam a surgir os problemas. Se o idoso encontra-se impossibilitado de manter seu próprio cuidado, existe um comprometimento da sua qualidade de vida, o que, conseqüentemente, acarreta num aumento da carga sobre a família e o sistema de saúde<sup>(7)</sup>.

A incidência e a prevalência de DCNT aumentam com o processo de envelhecimento<sup>(19)</sup>. A probabilidade de uma população com 80 anos ou mais desenvolver morbidades é maior que a proporção verificada em áreas com idosos mais jovens, mesmo quando comparadas as proporções, as DCNT entre as pessoas de 0 a 14 anos, apresentam um percentual de 9,3%, enquanto que no grupo de idosos o percentual é de 75,5%, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres. Outro fator importante e que corrobora com o manifestação de morbidades é o sexo, as mulheres declaram mais incapacidades funcionais do que os homens<sup>(13)</sup>.

As DCNT cada vez mais se tornam importantes à medida que afetam a independência do idoso<sup>(8)</sup>. Aumenta o número de consultas e conseqüentemente eleva-se o consumo de medicamentos, de exames e hospitalizações. Há pessoas que têm sofrem com doenças no início e no final da vida. No início, as doenças são agudas, com custo reduzido, ao final, são DCNT e, portanto, de alto custo<sup>(13)</sup>.

A grande parte das limitações e das morbidades que afetam os idosos não leva à morte nem às internações, ficando ocultas nos estudos. São doenças como demências, quedas, osteoartrose, depressão, incontinência urinária e estágios precursores de doenças, a exemplo, a dislipidemia (risco de infarto), osteoporose (risco de fratura)<sup>(8)</sup>.

A capacidade funcional do idoso está relacionada diretamente com a percepção do estado de saúde. A avaliação desta capacidade é efetuada através de questionamentos sobre esta percepção, que é considerado um método confiável, permitindo conhecer informações mais detalhadas sobre diferentes aspectos da saúde, tais como: físico,

cognitivo e emocional. Além de ser indicador da condição de saúde do idoso, sua robustez e consistência no presságio de eventos adversos, prediz os riscos de mortalidade<sup>(9)</sup>.

### **Percepção e avaliação de Saúde**

A percepção ou auto avaliação mostrou-se um importante indicador de mortalidade. As pessoas que afirmaram ter pior estado de saúde, tiveram maior risco de morte, quando comparadas às que disseram desfrutar de saúde excelente<sup>(11)</sup>.

Há relação direta entre capacidade funcional e percepção de saúde. Os idosos independentes declararam ter saúde muito boa e boa (81%), ao aparecimento de dificuldades para as atividades instrumentais de vida diária estes índices caem proporcionalmente para 66% e relacionadas às atividades de vida diária para 54%.<sup>(9)</sup>

A pior percepção da saúde declarada pelo idoso prediz a mortalidade, o que se observa tanto quanto às informações provindas dos idosos quanto pelo cuidador. O uso de outra pessoa como respondente não modifica a distribuição da percepção da saúde entre idosos, e a informação pode ser utilizada independentemente de quem respondeu à entrevista. A influência que outra pessoa, que não o idoso, exerça sobre a percepção de saúde do idoso, vai depender dos critérios adotados para o uso destes como informantes<sup>(3)</sup>.

Outra forma contraditória de percepção é que a utilização de informantes secundários pode criar viés nos resultados epidemiológicos. Quando relacionados à mensuração de exposição e eventos em saúde, este viés pode estar arrolado à escolaridade e à idade do informante secundário. Portanto, a inclusão de uma pergunta nos inquéritos para conhecer o quanto o informante secundário acredita saber sobre a saúde do informante primário, poderá auxiliar na construção de uma crítica embasada nesses dados, além de maiores investigações sobre a utilização de informantes secundários<sup>(20)</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os filhos cuidadores de pais idosos percebem a saúde de seus pais de forma integral, valorizando a independência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Como parâmetro para avaliação de saúde do idoso utilizam a sua própria condição de saúde e conceitos pré-estabelecidos socialmente, como a normalidade do surgimento de doenças com o avançar da idade.

O objetivo deste estudo, de conhecer a percepção dos filhos cuidadores de pais idosos acerca das condições de saúde dos idosos foi atingido, por meio da análise e

discussão das falas dos sujeitos. O que demonstrou a adequação da análise de conteúdo de Bardin na apreciação dos dados desta pesquisa.

Como limitações deste estudo verificou-se o número reduzido de entrevistados, o que impossibilita a generalização dos resultados. Outro fator que interferiu na coleta de dados foi a sazonalidade. A comunidade tem características rurais e o período de chuvas que ocorreram nos meses de julho e setembro nesta região, dificultou esta etapa do processo da pesquisa. A combinação de estradas ou ruas de terra com as chuvas, em alguns dias, inviabilizou o deslocamento dos entrevistadores às residências, que retornaram em outra ocasião para dar sequência à coleta dos dados. As contribuições deste estudo baseiam-se na construção do conhecimento que possibilita a ação integrada entre os profissionais de saúde, e principalmente aos Enfermeiros sobre as condições de saúde dos idosos e na identificação de problemas para a implementação de programas, auxiliando no aprimoramento dos sistemas de apoio social.

Espera-se que este estudo possa ser utilizado como comparativo para outras pesquisas em diferentes localidades. Pode-se inferir também que há muito ainda a ser discutido e explorado acerca das percepções dos filhos cuidadores de pais idosos no âmbito das ações de educação em saúde e possibilitar uma melhor atuação da enfermagem no ensino e na prestação de uma assistência adequada às famílias e aos idosos, atentar para a importância de políticas públicas e programas de saúde que visem o apoio formal do cuidador familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [Internet]. [cited 2012 apr 14]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
2. Silva TR, Menezes PR. Auto percepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. Rev Med. 2007;86(1):28-38.
3. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(8):1893-1902.
4. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(1): 47-53.
5. Ministério da Justiça; Secretaria Especial de Direitos Humanos. Decreto Lei nº 8842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 1998.

6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 7st ed. Reto LA, Pinheiro A, tradutor. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Alves GS, Sampaio LS, *et al*. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Aval. psicol.* [Internet]. 2009;8(3):415-423.
8. Chaimowicz F. Universidade Federal de Minas Gerais. Saúde do Idoso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Programa Ágora. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFGM [Internet]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009 [cited 2012 feb 18]. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1740.pdf>
9. Caetano SC, Iozzi R, Carneiro A. Percepção do Estado de Saúde do Idoso na Cidade do Rio de Janeiro – 2006. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. [Internet]; 2008 set 29 – oct 03; Caxambu, Brasil. [cited 2012 mar 22]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008\\_1194.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1194.pdf)
10. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [cited 2012 feb 18];43(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso).
11. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333–41.
12. Figueiredo D, Lima MP, Sousa L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*. 2009;12(1):97-112.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [cited 2012 feb 20]. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf)
14. Ilkiv TF. Avaliação da aptidão física de idosos de um centro de convivência da melhor idade no município de Monte Alto [dissertation]. Franca: Universidade de Franca/UF; 2005. 60 p.
15. Bandeira EMFS, Pimenta FAP, Souza MC. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à Saúde do Idoso. Saúde em casa. [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006 [cited 2012 mar 20]. Disponível em: [http://www.prolongevidade.org.br/Upload/Downloads/5\\_Util.pdf](http://www.prolongevidade.org.br/Upload/Downloads/5_Util.pdf)
16. Romitti JC, Krug MR, Garces SBB, Rosa LHT, Rosa PV. Capacidade funcional e condições de saúde dos idosos dos municípios integrantes dos COREDEs Alto Jacuí e Alto da Serra do Botucaraí, RS. *Revista Digital*. [Internet]. 2008 [cited 2012 mar 20]; 13(124). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd124/capacidade-funcional-e-condicoes-de-saude-dos-idosos.htm>
17. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2): 254-62.

18. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre. 2009;30(3):492-9.
19. Faria AJA, Rosa JRM, Santos MW, Sousa MB, Pinto RM, Picoli RP. Caracterização e situação de saúde do idoso na Região Metropolitana de São Paulo. [Internet]. 2011 [cited 2012 feb 04]. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde **PROAHSA**. Disponível em:  
<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=a%20saude%20do%20idoso%202009&source=web&cd=10&ved=0CH4QFjAJ&url=http%3A%2F%2Fobservasaude.fundap.sp>.
20. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(8):1537-1548.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho que acaba de ser concluído compreendeu a caracterização dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos, bem como a percepção destes filhos acerca das condições de saúde de seus genitores.

As abordagens quantitativa e qualitativa utilizadas neste estudo atenderam positivamente ao alcance dos objetivos.

A entrevista estruturada/semi-estruturada possibilitou que os entrevistados respondessem às questões livremente, expondo suas opiniões acerca do assunto. As análises dos dados realizadas por meio da estatística descritiva e da análise de conteúdo de Bardin demonstraram adequação na apreciação dos dados desta pesquisa, o que possibilitou que emergissem categorias e estas originou dois artigos.

No primeiro artigo denominado **“Caracterização dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos residentes numa comunidade ao sul do Brasil”** efetuou-se a caracterização dos idosos e dos filhos cuidadores de pais idosos. A organização dos dados coletados em tabelas permitiu a visualização da população em estudo. Nesta amostra observou-se que apesar de todas as alterações estruturais, sociais, políticas e econômicas ocorridas na sociedade, que inferem modificações das atividades dos membros familiares – como a necessidade da saída da mulher para o campo de trabalho, pouco mudou na organização destas famílias no que se refere ao cuidado a um membro idoso dependente.

Este estudo reafirmou os resultados encontrados nas produções científicas estudadas. As instituições familiares brasileiras vêm demonstrando empenho e preocupação no atendimento deste indivíduo, mesmo quando este processo resulta em prejuízos aos demais membros destas famílias, apesar das dificuldades encontradas para a realização da adaptação/readaptação de sua dinâmica para o cuidado ao membro idosos dependente.

Verificou-se que dentre os filhos cuidadores de pais idosos, ainda há predominância de mulheres, com idades entre 41 e 70 anos, casadas, com filhos, com baixa escolaridade, que não realizam atividades remuneradas, permanecendo junto ao idoso, atendendo às suas necessidades, a casa e demais membros familiares.

Os idosos são em maioria mulheres, com idades entre 71 e 80 anos, viúvas, residem com mais cinco pessoas em torno de 10 anos e são portadores de duas ou mais morbidades.

No segundo artigo “**A percepção dos filhos cuidadores acerca da saúde dos idosos cuidados residentes numa comunidade ao sul do Brasil**”, constatou-se que os filhos percebem a saúde de seus pais idosos de forma integral, valorizando a independência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Utilizam como parâmetro para avaliação de saúde do idoso, a observação do declínio de saúde do idoso, a sua própria condição de saúde e conceitos pré-estabelecidos socialmente, como a normalidade do surgimento de doenças com o avançar da idade.

Como limitação deste estudo verificou-se a sazonalidade. A comunidade tem características rurais e o período de chuvas que ocorreram nos meses de julho e setembro nesta região, dificultou esta etapa do processo da pesquisa. A combinação de estradas ou ruas de terra com as chuvas, em alguns dias, inviabilizou o deslocamento dos entrevistadores às residências, que retornaram em outra ocasião para dar sequência à coleta dos dados.

Espera-se que este estudo possa ser utilizado como exemplo para outras pesquisas em diferentes localidades. Pode-se inferir também que há muito ainda a ser discutido e explorado acerca das percepções dos filhos cuidadores de pais idosos.

As contribuições deste estudo baseiam-se no fornecimento de informações que poderão auxiliar na compreensão dos profissionais de saúde, principalmente aos Enfermeiros sobre as condições de saúde dos idosos e na identificação de problemas para a elaboração de ações, auxiliando no aprimoramento dos sistemas de apoio social.

Almeja-se também colaborar para o esclarecimento desta questão, visualizando os conhecimentos produzidos, que estes auxiliem na programação de mudanças no atendimento prestado aos idosos e suas famílias, para que se possa obter no futuro um atendimento que supra as necessidades específicas desta população e influenciar os profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros que trabalham nos programas de saúde pública, a terem uma maior compreensão no atendimento a estes indivíduos. Assim, possibilitando uma melhor atuação da enfermagem no ensino e na prestação de uma assistência adequada às famílias e aos idosos, atentar para a importância de políticas públicas e programas de saúde que visem o apoio formal do cuidador familiar.

## REFERÊNCIAS

ABATH, M.B. et al. Physical abuse o folder people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State. Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, 2010.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução Alfredo Bosi. 5 ed. São Paulo : Martins Fontes, 2007. Disponível em:  
<<http://bergmandicasedownloads.blogspot.com.br/2010/04/download-nicola-abbagnano-dicionario-de.html>>. Acesso em: 21 dez. 2011.

AIRES, M. **Adaptação da etapa qualitativa do instrumento Filial Responsibility**. 2008. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-9, set. 2009.

ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v. 17, n. 5/6, p. 333-41, jun. 2005.

AREOSA, S.V.C. Novas configurações familiares a partir do idoso como provedor. In: **III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS**, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Faculdade de serviço Social, PUCRS, 2008. Disponível em:  
<<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/IIImostra/ServicoSocial/61703%20-%20SILVIA%20VIRGINIA%20COUTINHO%20AREOSA.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2011.

ARMSTRONG, P.; KITS, O. **One Hundred Years of Caregiving**. Paper was prepared for the Law Commission of Canada under the title One Hundred Years of Caregiving. 2001.

ARRAIS, P.S. et al. Prevalência e fatores determinantes no consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1737-1734, nov.-dez. 2005.

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C. As medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. Atenção à saúde do idoso. **Saúde em casa**. Governo de minas gerais, 2006. Disponível em:  
<[http://www.prolongevidade.org.br/Upload/Downloads/5\\_Util.pdf](http://www.prolongevidade.org.br/Upload/Downloads/5_Util.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, L.F.W. **A Família DINC no Brasil 1996-2006: uma análise sócio-demográfica e de gênero**. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais). Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

BORGES, P.L.C. et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, dez. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988**. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em: 15 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos; 1998. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 18 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto no. 1948 de 03 de julho de 1996. **Regulamenta a Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos; 1996a. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109143/decreto-1948-96>>. Acesso em: 16 de jan. de 2011.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em:

<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399/GM de 22 dias de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde**. Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf). Acesso em: 21 de ago de 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em 21 de ago de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Idoso – Cidadão Brasileiro – Informações sobre serviços e direitos**. Brasília, 2008. Disponível em:

<[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081210-171425-872.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081210-171425-872.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estratégia da Saúde da Família. **Portal Saúde**. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 19 jan. 2011.

BRAZ, E.; CIOSAK, I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 372-77, abr-jun 2009.

CAETANO, S.C.; IOZZI, R.; CARNEIRO, A. Percepção do Estado de Saúde do Idoso na Cidade do Rio de Janeiro – 2006. In: **XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**. Caxambu, São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008\\_1194.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1194.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2011.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas. In: **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-92.

CAMPOS, F.H.P. **Resposta das políticas Públicas de Saúde na Perspectiva dos Idosos – Contribuições da Enfermagem – Estudo Comparado Brasil/Peru**. 2009. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2009.

CARMELO, C. Filhos que cuidam dos pais. **Saber Envelhecer**. Disponível em: <[www.saberenvelhecer.com.br/?p=577](http://www.saberenvelhecer.com.br/?p=577)>. Acesso em: 03 mar. 2011.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2009. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Programa Ágora. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1740.pdf>>. Acesso em: 18 fev.2012.

CHAPPEL, N.; FUNK, L. **Filial Responsibility**. Does it Matter for Cavegiving Behaviours, 2009. Results of the Research Project Funded by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. Centre of ageing at the University of Victoria. Material não publicado.

CORBANI, N.; BRÊTAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-54, maio-jun. 2009.

DIOGO, M.J.D.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102, 2005.

DUQUE, C. **Atitudes e comportamentos**, 1999. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>>. Acesso em: 14 nov. 2010.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. O impacto da doença de Alzheimer nas relações inter geracionais. **PSIC. CLIN.**, Rio de Janeiro, vol. 21, n.1, p.137-152, 2009.

FARIA, A.J.A. et al. **Caracterização e situação de saúde do idoso na Região Metropolitana de São Paulo**. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. PROAHSA. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=a%20saude%20do%20idoso%202009&source=web&cd=10&ved=0CH4QFjAJ&url=http%3A%2F%2Fobservasaude.fundap.sp>. Acesso em: 04 fev. 2012.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n.1, fev. 2009.

FIGUEIREDO, D.; LIMA, M.P.; SOUSA, L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. **Revista Kairós**, São Paulo, vol. 12, n. 1, p. 97-112, jan. 2009. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2782/1817>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

FISHBEIN, M., AJZEN, I. **Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Reading, MA: Addison-Wesley. Disponível em: <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>. Acesso em: 06 set. 2012.

FUNK, L. **Comprehensive Special Area Exam: a critical literature review and synthesis on filial responsibility**. 2005.

GAIOLO, C.C.L.O. **Cuidadores de idosos com Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associada à resiliência**. 2010. 105f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2010.

GAUTÉRIO, D.P. **Proposta de diagnósticos de enfermagem para idosos institucionalizados que fazem uso de medicamentos**. 2011. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem/FURG, Rio Grande, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Atlas. São Paulo, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar 2007.

GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.570-7, out.-dez. 2006. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf)>. Acesso em: 06 mar. 2011.

ILKIV, T.F. **Avaliação da aptidão física de idosos de um centro de convivência da melhor idade no município de Monte Alto**. 2005. 60 f. Dissertação (Mestrado em Promoção em Saúde) - Universidade de Franca, Franca, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

\_\_\_\_\_. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Rio Grande do Sul**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=43](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=43)>. Acesso em: 03 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados, 2009**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf)>

INSTITUTO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. A variação dos custos per capita em saúde. **Saúde Suplementar em Foco**. Informativo eletrônico. São Paulo, 03 de maio de 2010. Ano 1. n. 3. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/ano1n3.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2011.

IRIGON, R. Prefeitura Municipal do Rio Grande. Lideranças da Vila da Quinta promovem atividades de prevenção ao uso do crack. **Fotografia da Praça de Águeda, Vila da Quinta (RS) Brasil**. 25 de junho de 2012. Disponível em: <[http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/arquivos/noticia\\_foto/zoom\\_4c250dcc23d17.jpg](http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/arquivos/noticia_foto/zoom_4c250dcc23d17.jpg)>. Acesso em: 23 mai 2012.

JARDIM, R.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Auto relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, dez. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102010000600018&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102010000600018&tlng=pt). Acesso em 18 fev 2012.

JONES, P.S. et al. Caregiving between two cultures: an integrative experience. **J Transcult Nurs**. v. 13, n. 2, p. 202-09, 2002. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/202>>. Acesso em: 06 mar. 2011.

KUSANO, L.T.E. **Prevalência da polifarmácia em idosos com demência**. 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LIMA-COSTA, M.F. et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1893-1902, ago 2007.

MAGALHÃES, M.L.C. A Discriminação do Trabalhador Idoso – Responsabilidade Social das Empresas e do Estado. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v.48, n.78, p.31-43, jul.-dez. 2008.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 254-62, abr.-jun. 2007.

MASTROENI, M.F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 190-201, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/06.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2010.

MATTOS, P.L.C. L. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. pública**. 2005. vol. 39, n. 4, p. 823-847, jul.-ago. 2005.

McCARTY, Ellen et al. Ethical Dimensions and Filial Caregiving. **Online Journal of Health Ethics**, v. 5, n. 1, 2008.. Disponível em: <<http://www.ojhe.org/index.php/ojhe/article/viewArticle/81/112>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MOIMAZ, S.S. et al. O Idoso no Brasil – Aspectos Legislativos de relevância para profissionais de Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 10, n. 2, p. 61-69, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo09.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2010.

MONTEZUMA, C.A.; FREITAS, M.C.; MONTEIRO, A.R.M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**., v.10, n.2, p.395-404, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2011.

NAKATANI, AYK. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de auto cuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia [Internet]. 2003 [cited 2012 ago 23]; 5(1):15-20. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/773/863>

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008. Disponível em: <[seer.ufrgs.br/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/5263/2997](http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/5263/2997)>. Acesso em: 06 fev. 2011.

OLIVEIRA, D. Rio Grande – RS. **www.riogrande4x4.com.br**. Rio Grande, 01 de dezembro de 2009. Disponível em: <[http://www.riogrande4x4.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=141:rio-grande&catid=13:materias&Itemid=33](http://www.riogrande4x4.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=141:rio-grande&catid=13:materias&Itemid=33)>. Acesso em: 15 jan. 2012.

OLIVEIRA, D.C. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto contexto -enferm.**, v.20, n.2, Florianópolis, abr.-jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 mar. 2011.

PARAHYBA, M.I.; SIMOES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jan. 2011.

PAREKH, N. Filial Responsibility Laws Make Adult Children Liable for Parents' Debt. **SITE FINDLAW**. Publicado em 27 de jul. de 2009. Disponível em: <[http://blogs.findlaw.com/law\\_and\\_life/2009/07/filial-responsibility-laws-make-adult-children-liable-for-parents-debt.html](http://blogs.findlaw.com/law_and_life/2009/07/filial-responsibility-laws-make-adult-children-liable-for-parents-debt.html)>. Acesso em: 06 fev. 2011.

PEDRAZZI, E.C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, Feb. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jan. 2012.

PELZER, M.T. **Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

PERTENELLI, L.A. Instituto de Matemática e Estatística (IME – USP). Capítulo 2 – Estatística Descritiva. Disponível em: [http://www.ime.usp.br/~rvicente/Paternelli\\_Cap2.pdf](http://www.ime.usp.br/~rvicente/Paternelli_Cap2.pdf). Acesso em: 22 de ago de 2012.

PIMENTA, G.M.; COSTA, M.A.; GONÇALVES, L.H.; ALVAREZ, A.M. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 609-614, set. 2009.

PINTO, M.F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n.5, p. 652-657, 2009.

PORTELLA, M.R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010 .

PORTO, M. A Política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades. **Com Ciência. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>. Atualizado em 19/09/2002. Acesso em: 06 fev. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE. Chuva favorece o plantio de milho. **Fotografia do plantio de milho na Vila da Quinta (RS) Brasil**. 29 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/arquivos/noticia\\_foto/zoom\\_4c250dcc23d17.jpg](http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/arquivos/noticia_foto/zoom_4c250dcc23d17.jpg)>. Acesso em: 23 mai 2012.

REVISTA EDUCAÇÃO AMBIENTAL. **Fotografia da antiga Estação Ferroviária da Vila da Quinta (RS) Brasil**. Disponível em:

< [http://www.revistaea.org/img/audia15\\_image006.jpg](http://www.revistaea.org/img/audia15_image006.jpg)>. Acesso em: 23 mai 2012.

REVISTA EDUCAÇÃO AMBIENTAL. **Fotografia da zona urbana da Vila da Quinta (RS) Brasil**. Disponível em: < <http://www.riograndeemfotos.com.br/vquinta3.html>>. Acesso em: 23 mai 2012.

ROMITTI, J.C. et al. Capacidade funcional e condições de saúde dos idosos dos municípios integrantes do COREDEs Alto Jacuí e Alto da Serra do Botucaraí, RS. **Revista Digital – Buenos Aires**, ano 13, n. 124, set. 2008. Disponível em:

<<http://www.efdeportes.com/efd124/capacidade-funcional-e-condicoes-de-saude-dos-idosos.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

ROSALES, R.A. et al. **A família contemporânea brasileira e o idoso**. Rio Grande, 2010. 18 f. Digitado. Trabalho apresentado à disciplina de Estudos Avançados sobre Família e Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem – FURG. Orientador: Marlene Teda Pelzer.

ROSSETTO MAZZA, M.M.P. **O cuidado em família sob o olhar do idoso**. 2008. 178f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2008.

ROSSETTO MAZZA, M.M.P.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2005. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 fev. 2011.

SANTOS, E.S.V. Uma análise dos diversos arranjos familiares da atualidade. **Webartigos.com**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/40312/1/uma-analise-dos-diversos-arranjos-familiares-da-atualidade/-pagina1.html>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: indicações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-40, 2010.

SILVA, T.R.; MENEZES, P.R. Auto percepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. **Rev Med**. v. 86, n. 1, p. 28-38, jan.-mar. 2007.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007.

STHAL, H.C.; BERTI, H.W.; PALHARES, V.C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan.-mar. 2011.

TAKEMOTO, A.Y.; MOLITERNO, A.C.M.; OKUBO, P.; BEDENDO, J.; CARREIRA, L. Caracterização de idosos submetidos ao tratamento hemolítico. In: **II SIMPÓSIO MARINGAENSE DE GERONTOLOGIA**, UNATI, 2010. Disponível em:

<[http://www.uem.br/unati/images/stories/unati/anais2010/anais\\_unati2010\\_11\\_01\\_2010\\_versao\\_final.pdf](http://www.uem.br/unati/images/stories/unati/anais2010/anais_unati2010_11_01_2010_versao_final.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2012.

TORRES, G.V. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Aval. Psicol.**, v.8, n.3, Porto Alegre, dez.2009.

TRINDADE, E. Incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 951-964, mai. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/02.pdf>. Acesso em: 20 de nov. de 2010.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS. **Fotografia via satélite de Rio Grande; Ilha do Leonídio e Vila da Quinta (RS) Brasil**. Reprodução de fotografia de satélite. In: Projeto Ilha dos Marinheiros Foto etnografia. Disponível em:

<<http://www.flickr.com/photos/projetodailha/2367230374/>>. Acesso em: 23 mai 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, 7 telas, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

VICTOR, J.F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da **Família**. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Active Ageing: a Policy Framework. 2002. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2012.

## APÊNDICE A – GUIA DE ENTREVISTA GRAVADA

### Guia de Entrevista Gravada

#### Dados do Participante

Sexo: (\_\_\_) M (\_\_\_) F

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Desempenha atividade remunerada? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Quantas horas semanais? \_\_\_\_\_

Você tem irmãs ou irmãos? (\_\_\_) sim (\_\_\_) não Quantos? \_\_\_\_\_

Você tem filhos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram em sua casa? \_\_\_\_\_

#### Dados do Idoso:

Grau de parentesco: (\_\_\_) mãe (\_\_\_) pai (\_\_\_) ambos

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Doença(s) presente(s): \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo seu pai (mãe) mora com você?
2. Como você classifica o estado geral de saúde de seu pai (mãe)?
3. No último ano, você percebeu alguma mudança na saúde física ou mental de seu pai (mãe)?
4. Como você faz para cuidar a saúde de seu pai (mãe)?
5. Quais são as maiores dificuldades que encontra para realizar o cuidado de seu pai (mãe)?
6. Qual o nível de dependência de seu pai (mãe) para realizar atividades como levantar da cama, tomar banho, alimentar-se e andar pela casa? Explique.
7. Seu pai (mãe) realiza atividades fora do lar? (passear, atividades de lazer, fazer compras etc).
8. Você recebe algum apoio para desenvolver esse cuidado?
9. Que pessoas estão envolvidas no cuidado direto de seu pai (mãe)?
10. Você se sente preparado para realizar as tarefas que desempenha?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CEPAS



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
**Universidade Federal do Rio Grande/FURG**  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

---

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Responsabilidade filial para com os pais em uma comunidade do sul do Brasil

- 1- Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa identificar os aspectos envolvidos na responsabilidade filial de filhos cuidadores de idosos residentes na Vila da Quinta no município do Rio Grande/RS., considerando o gerenciamento do cuidado, as Atividades Instrumentais de Vida Diária, as Atividades Básicas de Vida Diária e ao apoio social e emocional fornecidos aos idosos.
- 2- A realização da entrevista poderá causar desconforto ao participante devido a possibilidade de interrupção de sua rotina, entretanto não haverá riscos à integridade física ou do local da pesquisa.
- 3- A pesquisa não promove benefícios imediatos para o participante, porém, pode contribuir através do fornecimento de informações para a elaboração de práticas assistenciais e programas de políticas públicas no município do Rio Grande. Poderá proporcionar uma compreensão aprofundada, aos profissionais de saúde, sobre as atitudes e comportamentos dos cuidadores no desempenhar de suas atividades e auxiliar no planejamento de ações na atenção básica, reforçando os sistemas de apoio formal e informal.
- 4- Em qualquer etapa da pesquisa, o participante terá acesso aos profissionais responsáveis pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável Enfermeira Rita Arim Rosales no telefone: (53) 81-24-04-11 ou com a Profa. Orientadora Dra. Marlene Teda Pelzer que pode ser encontrada Universidade Federal do Rio Grande - Escola de Enfermagem, na rua Gen. Osório, s/n - terceiro andar – Campus Cidade, ou pelo telefone: (53) 32-33-88-55. Podendo entrar em contato em caso de dúvida ou realização de alguma consideração.

- 5- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao colaborador.
- 6- Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.
- 7- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.
- 8- Despesas e compensações: não ha despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- 9- Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento medico da Instituição, bem como a indenização legalmente estabelecidas.
- 10- Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Responsabilidade filial para com os pais em uma comunidade do sul do Brasil”.

Eu discuti com o pesquisador do presente projeto, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

---

Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Enfermeira Rita Arim Rosales

Pesquisadora / Telefone: (53) 81-24-04-11

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contato CEPAS (Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde)

Telefone: (53) 32-33-02-35

## ANEXO A – RESPONSABILIDADE FILIAL: ROTEIRO DE ENTREVISTA

### RESPONSABILIDADE FILIAL : ROTEIRO DE ENTREVISTA

**SEXO**, anotado pelo entrevistador

Masculino (1)

Feminino (0)

**Obrigado/a por aceitar a participar desta entrevista. Eu gostaria de iniciar perguntando algumas questões básicas sobre você, como sua idade.**

1. Qual o seu mês e ano de nascimento? Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

2. Qual o seu estado conjugal atual?

- (1) casado/morando com companheiro
- (2) viúvo
- (3) divorciado/separado
- (4) solteiro/nunca casou

3 Quantos anos você estudou?

4 a. Atualmente você tem algum emprego ou você realiza algum trabalho sendo remunerado?

- (1) SIM
- (0) NÃO

4b. Em caso afirmativo em média, quantas horas por semana você trabalha sendo remunerado?

5 a. Você mora sozinho ou com outras pessoas?

(0) SOZINHO

(1) COM OUTROS: Para cada pessoa: Qual é a relação deles com você? (anote se marido, filho, etc.) Qual a idade deles?

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| 1. Relação _____ | Idade _____ |
| 2. Relação _____ | Idade _____ |
| 3. Relação _____ | Idade _____ |
| 4. Relação _____ | Idade _____ |
| 5. Relação _____ | Idade _____ |
| 6. Relação _____ | Idade _____ |
| 7. Relação _____ | Idade _____ |
| 8. Relação _____ | Idade _____ |

5b. Qual é o estado civil atual de seu/sua \_\_\_\_\_?

- (1) casado/morando com companheiro
- (2) viúvo
- (3) divorciado/separado
- (4) solteiro/nunca casou

**(Se eles relatarem acima que o pai ou a mãe referido(a) para esta entrevista mora com eles, siga para a 5c e 5d abaixo, caso contrário, siga para a 5e.)**

5c. Há quanto tempo seu/sua \_\_\_\_\_ mora com você (em anos)? \_\_\_\_\_

5d. Sob quais circunstâncias, se alguma, você consideraria a admissão de seu/sua \_\_\_\_\_ numa instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos? *(Explorar: Por favor, explique)*

---

(siga para a questão número 6)

**5e. Se não estiver morando com um dos pais:** Seu/sua \_\_\_\_\_ vive por conta própria; com cônjuge; numa instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos(asilos), ou outros?

- (1) Por conta própria **(siga para 5f)**
- (2) Com cônjuge **(siga para 5f)**
- (3) Numa instituição ou lar para idosos(asilo) **(siga para 5f se aplicável)**
- (4) Outro (especifique: \_\_\_\_\_) **(siga para 5f se aplicável)**

**5f. Sob quais circunstâncias, se alguma, você consideraria a admissão de seu/sua \_\_\_\_\_ numa instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos (asilo)?** *(explorar: Por favor, explique)*

---

**5g. Quanto tempo você leva para chegar até a casa/ instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos?(asilo) de seu/sua \_\_\_\_\_?** \_\_\_\_\_(minutos) OU \_\_\_\_\_(horas)

**5h. Como você vai até a casa de seu/sua ---- normalmente?**

- 1. De carro
- 2. De ônibus ou taxi
- 3. Caminhando

**5i. Você já considerou a possibilidade de seu/sua \_\_\_\_\_ morar com você? Por que/ Por que não?(Explique)**

---

**6a. Você tem filhos (se eles moram ou não com você)?**

- (0) NÃO **(siga para a questão número 7)**
- (1) SIM

**6b. (Em caso afirmativo) Quantos filhos?** \_\_\_\_\_

**6c. (Em caso afirmativo). Ao envelhecer, o que você espera de seus próprios filhos, em termos de cuidado?**

---

**7a. Você tem irmãos?**

- (0) NÃO **(siga para a questão número 8)**
- (1) SIM

**7b. (Em caso afirmativo) Quantos irmãos ?** \_\_\_\_\_

**7c. O irmão mais próximo geograficamente, mora a que distância de seu/sua ----? (distância estimada em minutos/horas)** \_\_\_\_\_

**8a. Você tem irmãs?**

- (0) NÃO **(siga para a questão número 9)**
- (1) SIM

**8b. (Em caso afirmativo) quantas irmãs ?** \_\_\_\_\_

8c. A irmã mais próxima geograficamente mora a que distância de seu/sua \_\_\_\_\_? (distância estimada em minutos/horas) \_\_\_\_\_

9a. **Entrevistador: Pergunte somente àqueles que não moram com seus pais:** Tanto seu pai como sua mãe ainda estão vivos?

(1)SIM

(0) NÃO (somente o pai vivo ou a mãe viva)

9b: **(Em caso afirmativo)** Ambos os pais moram juntos?

(0) NÃO

(1) SIM

9c: **(Em caso afirmativo)** Eles cuidam um ao outro?

(0) NÃO

(1) SIM

9d. Por favor explique, conte-me um pouco sobre o tipo de cuidado que eles prestam, se eles são capazes de prestar cuidado...

Para as próximas questões eu perguntarei sobre quem está envolvido com o cuidado de seu/sua \_\_\_\_\_. Não o nome da pessoa envolvida, mas a relação dessa pessoa com você. Você pode também, para uma das respostas, dizer você mesmo/a, e você pode também responder mencionando um provedor formal de serviços ou até uma organização (como "lar para idosos").

9e. Quem você diria que presta a **MAIOR** parte do cuidado para seu/sua \_\_\_\_\_? \_\_\_\_\_ (se for você, omita a 9f)

9f. Como eles estão envolvidos ou o quê eles fazem para ajudar seu/sua \_\_\_\_\_?

9g. **Em segundo lugar**, quem presta mais cuidado a seu/sua \_\_\_\_\_? (Se você mesmo, omita a questão 9h)

9h. Como eles estão envolvidos ou o quê eles fazem para ajudar seu/sua \_\_\_\_\_?

9i-**Em terceiro lugar**, quem presta mais cuidado? \_\_\_\_\_? (se for você, omita a 9j)

9j. Como eles estão envolvidos ou o quê eles fazem para ajudar seu/sua \_\_\_\_\_?

9k. **Mais alguém** está envolvido com o cuidado de seu/sua -----? **Em caso afirmativo**, quem e como está envolvido/ o que ele(a) faz?

\*\*\*questões 10 and 11 omitidas (somente para amostras chinesas e Canadenses)\*\*\*

12. Para a idade deles você diria, em geral, que a saúde de seu/sua ---- é excelente, boa para a idade deles, regular para a idade deles, ruim para a idade deles ou péssima para a idade deles?

(1) Excelente (nunca impede as atividades)

(2) Boa para a idade deles (raramente impede as atividades)

(3) Regular para a idade deles (eventualmente impede as atividades)

(4) Ruim para a idade deles (muito frequentemente impede as atividades)

(5) Péssima para a idade deles (normalmente ou sempre impede as atividades)

13. Seu/sua \_\_\_\_\_ tem alguma dificuldade para lembrar coisas que aconteceram recentemente, como na última semana?

- (0) NÃO  
(1) (1)SIM

14. Você diria que, de modo geral, a memória recente de seu/sua \_\_\_\_\_ é:

- (1) Excelente (nunca impede as atividades)  
(2) Boa (raramente impede as atividades)  
(3) Regular (eventualmente impede as atividades)  
(4) Ruim (muito frequentemente impede as atividades)  
(5) Péssima (normalmente ou sempre impede as atividades)

15a. No último ano, você percebeu alguma mudança na saúde física ou mental do seu/sua \_\_\_\_\_?

- (0) NÃO  
(1) SIM

15b: **(Em caso afirmativo)** que mudanças? \_\_\_\_\_

16a. Seu/sua ---- recebeu algum diagnóstico de demência ou alguma forma similar de comprometimento cognitivo?

- (1) SIM  
(0) NÃO

16b: **(Em caso afirmativo)** Que idade eles tinham quando receberam o primeiro diagnóstico? (Idade em anos) \_\_\_\_\_

19a. **Obrigado/a.** Agora eu tenho uma pergunta mais geral para você. Você se considera responsável por seu/sua \_\_\_\_\_? **(De que modo/por que ou não?)**

19b. **Em caso afirmativo:** Você poderia descrever para mim como é para você sentir-se responsável por seu/sua \_\_\_\_\_? **(Aspectos bons ou ruins, etc)**

19c. **Obrigado/a.** Quando, aproximadamente, você começou a se sentir responsável por seu/sua \_\_\_\_\_? **(Explorar: Teve algum evento particular ou experiência que eles podem associar com o começo, ou foi algo lento e gradual ao longo do tempo?)**

19d. Por que você acha que começou a sentir-se assim?

20a. Agora eu tenho algumas perguntas sobre o apoio que você presta a seu/sua \_\_\_\_\_. Para cada um dos seguintes tipos de atividades listados, por favor diga-me se \_\_\_\_\_ necessita nenhuma assistência, alguma assistência total em cada atividade que eu mencionar e se você presta ajuda, com que frequência durante o último mês ( ex. número de vezes por dia; semana; mês), durante quanto tempo (em minutos) você ajuda em cada visita/vez.

|                                                                                                                                                                                                   | Seu/sua<br>ta de ajuda ?<br>(0) Nenhuma<br>(1) Alguma<br>(2) Total | Você ajuda a seu/sua<br>atividade?<br>(SIM<br>( NÃO) | Esta ajuda a seu/sua<br>prestada por mais<br>alguém?<br>(8) NÃO<br>(9) SIM | Com que frequência<br>no último mês<br>(número de vezes por<br>dia, semana, mês) | Em média, durante<br>quanto tempo (em<br>minutos) você ajuda cada<br>vez? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tomar banho                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Vestir-se                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Usar o sanitário e/ou cuidado<br>em relação ao controle da<br>bexiga ou dos intestino                                                                                                             |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Deitar-se e levantar-se da<br>cama                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Andar pela casa                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Alimentar-se                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Se não estiver prestando cuidado pessoal atualmente (atividades acima): Você consideraria o fato de prestar cuidado pessoal (ex. uso do sanitário, banho), a<br>seu/sua _____?<br>(1) SIM (0) NÃO |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Fazer compras (inclusive<br>alimentos ) e outros serviços                                                                                                                                         |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Preparar as próprias refeições                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Fazer atividades domésticas<br>leves (tirar o pó, lavar louças)                                                                                                                                   |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Fazer atividades domésticas<br>pesadas( lavar chão,<br>janelas/paredes,<br>passar<br>aspirador                                                                                                    |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Transporte ir e retornar de<br>lugares, como por exemplo<br>compromissos                                                                                                                          |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |
| Administrar o próprio dinheiro,<br>inclusive serviços de banco                                                                                                                                    |                                                                    |                                                      |                                                                            |                                                                                  |                                                                           |

| Serviços de saúde                                                                                                         | Seu/sua necessita de ajuda ?<br>(0) Nenhuma<br>(1) Alguma<br>(2) Total | Você presta alguma ajuda a seu/sua nesta atividade?<br>(SIM ou NÃO) | Esta ajuda a seu/sua é prestada por alguém?<br>(10) NÃO<br>(11) SIM | Com que frequência no último mês (números de vezes por dia, semana ou mês) | Em média, durante quanto tempo (em minutos) você ajuda cada vez? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Negociar a prestação de serviços de saúde defendendo-se se necessário. Providenciar ou organizar serviços ou equipamentos |                                                                        |                                                                     |                                                                     |                                                                            |                                                                  |
| Outros (defina):                                                                                                          |                                                                        |                                                                     |                                                                     |                                                                            |                                                                  |

(próxima página)

21a. Você dá apoio financeiro a seu/sua \_\_\_\_\_ (dando dinheiro se eles necessitam, pagando coisas que eles necessitam)?

(0) NÃO

(1) SIM

21b: (Em caso negativo) Você daria, se eles precisassem e você pudesse?

(0) NÃO

(1) SIM

21c: (Em caso afirmativo) Aproximadamente qual porcentagem de seu salário você fornece (em %)?

23a. Obrigado/a. Você poderia também me dizer, qual você pensa ser a parte mais difícil na prestação de cuidados a seu/sua \_\_\_\_\_ e por quê?

23b. Você se sente satisfeito pelo fato de prestar cuidados a seu/sua \_\_\_\_\_? (explique)

\*\*\*questão 26 omitida (somente amostras canadenses e chinesas)\*\*\*

27. Obrigado/a. Faltam poucas questões. A próxima é sobre **SUA saúde geral**. Para a sua idade, você diria, em geral, que sua saúde é excelente, boa para sua idade, regular para sua idade, ruim para sua idade, ou péssima para sua idade?

- (1) Excelente (nunca impede as atividades)
- (2) Boa para a sua idade (raramente impede as atividades)
- (3) Regular para a sua idade (eventualmente impede as atividades)
- (4) Ruim para a sua idade (muito frequentemente impede as atividades)
- (5) Péssima para a sua idade (normalmente ou sempre impede as atividades)

29a. Por favor, indique qual das seguintes três sentenças melhor reflete **como você se sente em relação a sua vida familiar**, referindo-se à família que você foi criado (ao invés, por exemplo, da família que você formou com o casamento).

- (1) Frequentemente me sinto mais emocionalmente estressado, mais tenso e mais infeliz com a família do que longe dela.
- (2) Tenho sentimentos ambivalentes sobre minha vida familiar.
- (3) Frequentemente me sinto confortável e feliz em minha vida familiar.

29b. Você poderia me contar mais ou explicar por que você se sente assim?

30a. Você recebe algum **apoio emocional de membros familiares**, incluindo irmãos e outras pessoas importantes, em relação ao cuidado que você presta a seu/sua \_\_\_\_\_?

(0) NÃO (vá para 31a)

(1) SIM

30b (Em caso afirmativo) Como você classificaria a quantidade de apoio emocional que você recebe de todos os membros familiares? (leia as opções de resposta)

- (1) Excelente
- (2) Bom
- (3) Regular/adequado
- (4) Pouco
- (5) Muito inadequado

30c: (Em caso afirmativo) Como você descreveria a qualidade de apoio emocional que você recebe de todos os membros familiares? (leia as opções de resposta)

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular/adequada
- (4) Ruim
- (5) Péssima

31a. Você recebe apoio emocional de outras pessoas, como amigos, em relação ao cuidado que você presta a seu \_\_\_\_\_? (Se a resposta for negativa negaiva passe para a questão 32 a)

(0) NÃO

(1) SIM

31b: **(Em caso afirmativo)** Como você classificaria a quantidade de apoio emocional que você recebe de todas as outras pessoas?

- (1) Excelente
- (2) Bom
- (3) Regular/adequado
- (4) Pouco
- (5) Muito inadequado

31c: **(Em caso afirmativo)** Como você descreveria a qualidade de apoio emocional que você recebe de todas as outras pessoas?

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular/adequada
- (4) Ruim
- (5) Péssima

32 a. Tem mais alguém que você ache que deveria auxiliar no cuidado de seu/sua \_\_\_\_\_ mas que não está?

- (0) NÃO
- (1) SIM

32b. O quanto lhe incomoda que eles não auxiliam você ? **(Leia as opções de resposta)**

- (0) Nada
- (1) Pouco
- (2) Mais ou menos
- (3) Bastante

32c. Você pode explicar ou falar mais sobre isso?

33. **Obrigado/a.** Conforme mencionado, estamos interessados em seu estado de saúde e bem-estar. A renda pessoal pode ser um fator importante relacionado a sua saúde. Muitas despesas de saúde são cobertas por convênios de saúde, e muitas não são (como alguns custos com prescrição de medicamentos). Por isso, nós gostaríamos de perguntar sobre sua renda. Esta informação será confidencial e utilizada para fins estatísticos, como queremos saber qual a renda as pessoas tendem a ter em geral, e não a renda de uma pessoa em particular. Você poderia, por favor, dizer para mim a média de renda mensal bruta de sua casa? R\$ \_\_\_\_\_

33a Qual o número de pessoas que residem na casa?

34. **Obrigado/a.** Agora, pensando de forma geral, qual o conselho que você daria a outra pessoa que está começando a prestar cuidado aos pais?

35. Por último, tem alguma coisa a mais sobre a prestação de cuidado a seu/sua \_\_\_\_\_ que você acha que deveríamos saber?

**Muito obrigado/a pela participação.**

**ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO CEPAS****CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande / FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

---

**PARECER Nº 73 / 2011**

PROCESSO Nº 23116.002891/2011-06

**CEPAS 33/2011**

TÍTULO DO PROJETO: “**Responsabilidade filial para com os pais idosos em uma comunidade do sul do Brasil**”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rita Arim Rosales

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**Responsabilidade filial para com os pais idosos em uma comunidade do sul do Brasil**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: **02/01/2012**

Rio Grande, RS, 27/05/2011.

Profª.MSc. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

## ANEXO C – PARECER FAVORÁVEL DO NEPES



**PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPES**

**PARECER Nº 02 - 016/2011**

**DATA: 18/07/2011**

### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. AUTOR: Rita Arim Rosales
2. TÍTULO DO PROJETO: Responsabilidade filial para com os pais em uma comunidade do sul do Brasil.
3. UNIDADE/INSTITUIÇÃO: FURG

### **PARECER**

Após a análise das retificações realizadas no projeto, conforme sugestão do colegiado do NEPES o trabalho foi considerado **DEFERIDO**.

MSc. Carliuza Luna Fernandes  
Coordenadora NEPES  
Núcleo Municipal de Educação  
Permanente em Saúde  
Enfermeira - COREN/RS - 79431

---

Enfª Carliuza Luna Fernandes  
Coordenadora do NEPES/RG