

Álida Rosária Silva Ferreira

**Perspectivas da oferta de cuidadores
informais da população idosa, Brasil
2000-2015**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2007

Álida Rosária Silva Ferreira

Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laura Lúcia Rodríguez Wong

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2007

Folha de Aprovação

*A todos que confiaram a mim suas aflições e
sentimentos mais profundos.*

AGRADECIMENTOS

Estes dois anos que passei no CEDEPLAR foram cheios de emoções e desafios. Fiz novos amigos, revi antigos e juntos tentamos trilhar este caminho de muita dedicação e comprometimento com a vida acadêmica, e podem acreditar, valeu muito a pena!

Primeiramente, agradeço a Deus que esteve comigo em todos os momentos, e não permitiu que eu fraquejasse quando pensei que não iria mais conseguir continuar. Aos meus pais que, há 7 anos me permitiram escolher meu caminho, vir para a “capital” e realizar meus sonhos. Hoje aqui estou, muito, mas muito agradecida mesmo por tudo a que vocês abdicaram para que nada me faltasse. Obrigado pelas palavras de incentivo, por estarem sempre dispostos a ouvir e por estarem sempre com uma vela acesa por mim. Amo muito vocês!

À Átila, minha irmã querida, que esteve comigo nestes dois anos diariamente, dividindo angústias e aflições. A você, toda sorte do mundo e que tenha um caminho iluminado pelos anjos!

Ao Cássio, que foi meu incentivador intenso desde o primeiro dia que mencionei que gostaria de fazer o mestrado em Demografia. Nunca vou me esquecer que foi você quem ligou para saber se eu havia sido aprovada. Qualquer coisa que eu deixe registrada aqui seria pouco para agradecer.

À Laura, minha orientadora mais que querida, que me motivou a estudar o envelhecimento. Suas palavras de incentivo e sua paciência em responder a meus imensos e-mails me fizeram acreditar que sou capaz de fazer um bom trabalho. Obrigada por todas as oportunidades que você me deu, não tenho palavras para agradecer a confiança que depositou em mim.

À Paula, que foi uma grande incentivadora do trabalho de campo e aceitou participar da minha banca. Saiba que, as aulas de métodos qualitativos e seus conselhos, me ajudaram muito quando estava em campo com a pesquisa.

À Lúcia que prontamente aceitou o convite para a banca. Tenho certeza que sua colaboração irá enriquecer muito meu trabalho.

À Fernanda, minha amiga de ligações intermináveis. Você é uma amiga muito especial; ao final deste caminho você foi essencial para não me deixar desanimar.

Ao Marquinhos, ao Harley e ao Mário, pelas conversas no café nos momentos em que a cabeça teimava em não funcionar.

À Claudinha, Lu e Léssio pelas conversas sempre pacientes e cheias de bons conselhos; vocês são muito queridos e muito iluminados.

À Marília, Marla, Maira, Marina, Fernanda Mota, Heloísa, Vanessa, Paola, Jaqueline e Sidney, pelas festas muito bacanas que compartilhamos e por poder conhecer um pouco da vida de cada um de vocês. Contem sempre comigo!

Ao Geovane e à Marisol, meus companheiros de aventuras e amigos generosos. Obrigado por me deixarem fazer parte desse time de “Vulneráveis”. Nunca me esquecerei dos “apertos” que passamos nessas viagens, mas que nos fizeram, com certeza, pessoas muito melhores.

A todos os amigos que fiz no Cedeplar, vocês tem um lugar muito especial no meu coração!

Aos professores do CEDEPLAR, por me ensinarem tanto e por serem grandes incentivadores do nosso desenvolvimento como profissionais, tenho muito orgulho de fazer parte desta família!

A todos os funcionários do CEDEPLAR que sempre estiveram disponíveis para ajudar no que fosse preciso para facilitar nosso dia-a-dia, vocês são essenciais para que tudo funcione.

À CAPES que possibilitou que eu tivesse dedicação total aos meus estudos.

À Sandra, ao Neir e ao César que foram nossos maravilhosos colaboradores no Nordeste e tornaram nossos momentos ali bem mais agradáveis. O meu muitíssimo obrigada.

À Lígia e Maria de Lourdes, que foram tão queridas ao nos receber em Porto Alegre. Passar uma semana com vocês, foi enriquecedor em todos os sentidos.

E finalmente, e não menos importante, quero agradecer muito, a todos que me abriram as portas e o coração, e fizeram com que este trabalho se tornasse algo concreto. Conhecer vocês me fez conhecer um pouco mais a mim mesma, obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CEDEPLAR – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

CELADE – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía

CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e o Caribe

CES-D – Center for Epidemiological Studies-Depression Scale

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DF – Distrito Federal

FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas

GoM – Grade of Membership

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPDA – Idoso potencialmente demandador de assistência

NHIS – National Health Interview Survey

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCI – Potencial cuidador informal

PCIP – Potencial cuidador informal principal

PEA – População economicamente ativa

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SABE – Pesquisa de Saúde, Bem estar e Envelhecimento

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 O CONTEXTO EM QUE SE INSERE O CUIDADOR DE IDOSOS.....	6
2.1 Visão geral sobre os cuidadores	6
2.2 O processo de Transição Demográfica e a Transição Epidemiológica	12
2.3 Pesquisas sobre cuidadores no mundo	17
2.4 Redes sociais	19
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 Mapeamento dos dados disponíveis	25
3.1.1 Variáveis utilizadas.....	25
3.2 A Pesquisa Qualitativa	27
3.2.1 Fonte de dados	29
3.3 Cenários futuros da oferta e demanda de cuidadores.....	30
3.3.1 Cenários da demanda de cuidadores informais	31
3.3.2 Cenário da oferta de cuidadores informais.....	32
4 PERFIL DOS IDOSOS POTENCIALMENTE DEMANDADORES DE ASSISTÊNCIA – IPDA E DOS POTENCIAIS CUIDADORES INFORMAIS - PCI.....	35
4.1 Domicílios investigados.....	35
4.1.1 As incapacidades dos Idosos potencialmente demandadores de assistência	37
4.2 Algumas características dos idosos potencialmente demandadores de assistência.....	38
4.2.1 Sobre a fecundidade mulheres do grupo de idosos potencialmente demandadores de assistência.....	42
4.3 Potenciais cuidadores informais.....	43

5 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE	53
6 CENÁRIOS DE OFERTA E DEMANDA POR CUIDADORES INFORMAIS.....	63
6.1 Demanda por cuidadores informais.....	63
6.2 Escolha do potencial cuidador informal principal.....	66
6.3 Oferta de cuidadores informais	69
6.4 Comparações dos idosos potencialmente demandadores de assistência e os potenciais cuidadores informais principais	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS	84

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – Razão de suporte, Brasil 1950-2050	22
Quadro 1 – Variáveis relacionadas ao grupo dos IPDA, Brasil 2000	26
Quadro 2 -Variáveis relacionadas ao grupo dos PCI, Brasil 2000.....	27
FIGURA 1 - Processo de seleção do cuidador principal quando o IPDA é o chefe do domicílio	34
TABELA 2 – Número de domicílios particulares permanentes com pelo menos um IPDA e total de domicílios nas Grandes Regiões, Brasil 2000	35
TABELA 3 – Situação dos indivíduos que moram em domicílios com IPDA segundo declaração de deficiência/incapacidade e ter ou não mais de 60 anos, Brasil 2000	36
TABELA 4 – Capacidade para enxergar, ouvir e caminhar/subir escadas dos IPDA (%), Brasil 2000	37
TABELA 5 – Tipos de deficiência dos IPDA (%), Brasil 2000.....	38
TABELA 6 – IPDA por idade e sexo e razão de sexo dos IPDA e da população total residentes em domicílios particulares permanentes, Brasil 2000.....	39
TABELA 7 – IPDA e população total maior de 60 anos, residentes em domicílios particulares permanentes, em relação ao responsável pelo domicílio, Brasil 2000	39
TABELA 8 – Domicílios particulares permanentes com pelo menos um IPDA e todos os domicílios particulares permanentes segundo os arranjos domiciliares, Brasil 2000	40
TABELA 9 – Estado civil dos IPDA e da população total maior de 60 anos, Brasil 2000	41
TABELA 10 – Total de mulheres por filhos nascidos vivos e filhos sobreviventes por faixa etária das mulheres IPDA e das mulheres maiores de 60 anos, Brasil 2000.....	42

TABELA 11 – PCI por idade e sexo e razão de sexo dos PCI e da população total de 18 a 79 anos residentes em domicílios particulares permanentes, Brasil 2000, Brasil 2000*	44
TABELA 12 – Relação do PCI com o responsável pelo domicílio segundo o sexo, Brasil 2000*	45
TABELA 13 – Relação do PCI com o responsável pelo domicílio segundo sexo e faixa etária, Brasil 2000*	46
TABELA 14 – Média, desvio padrão e mediana de anos de estudo dos PCI de acordo com faixa etária e sexo, Brasil 2000*	47
TABELA 15 – Estado civil segundo faixa etária e sexo do PCI, Brasil 2000*	48
TABELA 16 – Percentis de renda per capita em reais dos PCI e da população total, Brasil 2000*	49
TABELA 17 – População economicamente ativa entre os PCI e a população entre 18 e 79 anos por faixa etária e sexo, Brasil 2000*	50
Figura 2 – População economicamente ativa entre os PCI e entre a população total de 18 a 79 anos por faixa etária e sexo, Brasil 2000	51
Quadro 3 – Características dos cuidadores informais entrevistados.....	53
TABELA 18 – População total e população de IPDA em domicílios particulares permanentes por faixa etária e sexo, Brasil 2000.....	64
TABELA 19 – Incrementos quinquênis no volume de IPDA considerando um cenário constante por idade e sexo, Brasil 2000-2015	65
TABELA 20 – Incrementos quinquênis no volume de IPDA considerando um cenário otimista por idade e sexo, Brasil 2000-2015.....	66
TABELA 21 – Condição do PCIP por sexo em relação ao IPDA, Brasil 2000*	69
Tabela 22 – População total e população de PCIP por faixa etária e sexo, Brasil 2000	70
TABELA 23 – Incrementos quinquênis no volume dos PCIP considerando um cenário constante por sexo, Brasil 2000-2015	71
FIGURA 3 – População de PCIP por faixa etária e sexo, Brasil 2000 - 2015	72

FIGURA 4 – População de PCIP e IPDA nos cenários constante e otimista, Brasil 2000 - 2015.....	73
TABELA 24 – Razão IPDA - PCIP nos cenários constante e otimista do tamanho do grupo IPDA, Brasil 2000 - 2015.....	73
A1 – Processo de seleção do cuidador principal.....	85
TABELA A2 – População estimada de IPDA no cenário constante por faixa etária e sexo, Brasil 2000-2015	89
TABELA A3 – População estimada de IPDA no cenário otimista por faixa etária e sexo, Brasil 2000-2015	89
TABELA A4 – População estimada de PCIP no cenário constante por faixa etária e sexo, Brasil 2000-2015	90

RESUMO

O envelhecimento da população, oriundo da queda da fecundidade e da maior longevidade, faz com que, no futuro, o grupo das pessoas que estarão disponíveis para o cuidado de idosos necessitados de assistência seja cada vez menor em relação a estes idosos. Esta dissertação analisa o perfil do potencial cuidador informal de idosos no Brasil e estima, mediante dois possíveis cenários, o contingente de ambos: o idoso que potencialmente demanda assistência (IPDA) e o potencial cuidador informal (PCI).

O cuidador informal de idosos, que quase sempre é um familiar, é o indivíduo que auxilia o idoso sem ser pago por isso. Na maioria das vezes é um papel assumido pela mulher, com predominância de esposas e filhas, e a intensidade do cuidado depende do grau de necessidade do idoso.

O mapeamento do Censo Demográfico de 2000 indica a existência de cerca de 7,5 milhões de pessoas maiores de 60 anos que tem declaração de algum grau de incapacidade e, nos domicílios desses indivíduos, pouco mais de 8 milhões de pessoas entre 18 e 79 anos sem esta característica. Uma primeira relação entre estes dados aponta para uma razão de quase um PCI para cada IPDA.

Com o suporte dos dados qualitativos, foi possível captar características mais definidas de cuidadores informais em regiões que passam por diferentes estágios da transição demográfica. Além de constatar as características sócio-demográficas verificadas na análise quantitativa, captou-se também, a presença de sentimentos de obrigação e gratidão no discurso da maioria dos cuidadores. Em alguns casos, em que houve, depois de um tempo, a necessidade de internação ou ajuda externa, o sentimento de culpa também aparece.

A união dos enfoques quantitativos e qualitativos permitiu a construção dos cenários de demanda e oferta dos potenciais cuidadores informais, podendo estimar assim, de maneira mais refinada, a evolução do volume de PCI no período entre 2000 e 2015 e compará-la com a possível evolução dos IPDA para o mesmo período. No médio prazo, essas simulações indicam uma razão

aproximada de um PCI para cada dois IPDA, isto é metade da razão apontada linhas acima.

Finalmente, com este trabalho, busca-se contribuir para a discussão da necessidade de incentivos para um *envelhecimento ativo* a fim de adiar, ao máximo, a demanda por cuidadores por parte da população idosa, uma vez que, os resultados deste trabalho confirmam a anunciada diminuição de potenciais cuidadores informais em relação à demanda de idosos necessitados de auxílio.

ABSTRACT

The aging of the population, originated by the fertility decline and increase in longevity, will cause, in the future, a scenario where the group of people available for the care of the elderly will increase less than the group of the elderly in need of assistance. This thesis examines the profile of the potential informal caregiver of the elderly in Brazil and estimates, by two possible scenarios, the volume of both: the elderly that potentially need assistance (EPNA) and the potential informal caregiver (PIC).

The informal caregiver of the elderly, frequently, a family member, is the person who helps the elderly without being paid for it. Most of the time the role is assumed by women, with predominance of wives and daughters, and the intensity of care depends on the degree of the elderly's needs.

The analysis of the 2000 Census, indicates 7.5 million people aged 60 years or more declaring some degree of disability and, in the households of these individuals, more than 8 million people between 18 and 79 years without this characteristic. An initial relationship between these figures, points to a ratio of almost one PIC to each EPNA.

With the support of qualitative data, it was possible to capture a more precise profile of informal caregivers in areas that are enduring different stages of demographic transition. In addition to the socio-demographic characteristics found in quantitative analysis, the presence of feelings of obligation and gratitude in the speech of several caregivers were noted. In some cases, where there was, after a time, the need for institutionalization or external help, the feeling of guilt also appears.

Both approaches, quantitative and qualitative allow us to built up scenarios for demand and supply of PIC, in a more refined way. The evolution of the volume of PIC in the period between 2000 and 2015 is then compared with the possible evolution of EPNA for the same period. In the medium term, these simulations

indicate an approximate ratio of one PIC to two EPNA, that is half the ratio mentioned lines above.

Finally, this work, aims to contribute with the discussion of the need for incentives for an *active aging* in order to postpone, as much as possible, the need for caregivers of the elderly since, the results of this study confirm the foretold reduction of potential informal caregivers for the elderly.

1 INTRODUÇÃO

Como consequência do rápido processo de envelhecimento vivenciado pelo Brasil nos últimos anos, a estrutura da população tende a sofrer uma mudança radical. O grande número absoluto de idosos e o fenômeno do aumento da longevidade, devem direcionar as políticas sociais para o auxílio ao idoso que alcança idades avançadas com uma degeneração gradativa de sua saúde. Espera-se, entre 2000 e 2020, que haverá um declínio de 20%, em termos relativos, da população jovem abaixo de 15 anos. A população idosa – que neste trabalho é a de 60 anos e mais - sofrerá um incremento de 59,3%, passando de 8,1% da população total em 2000 para 12,9% em 2020 (IBGE, 2004). Em números absolutos significa um aumento de cerca de 14 milhões ao longo de 20 anos, uma média de 700 mil idosos entrando na população a cada ano.

Neste rápido processo de transformações e pressupondo que o sistema de saúde público não poderá atender toda a demanda por cuidados que a população idosa requererá, a figura do cuidador informal passa então a desenvolver um papel fundamental no processo de envelhecimento da população. Em virtude disso, seria necessária a criação de uma rede de suporte capaz de atender as necessidades de cuidado dos idosos. A rede de suporte deveria ser composta por indivíduos que estarão disponíveis e, preferencialmente, bem preparados para cuidar do idoso no momento que isso se faz necessário.

A hipótese trabalhada é a de que existe uma predominância de algumas características que definem o perfil do cuidador, como a maioria ser do sexo feminino, filhas ou esposas e que tem participação social, e às vezes também econômica, reduzida. No entanto, um perfil mais completo pode depender, por exemplo, de sua composição familiar, nível socioeconômico e qual o estágio da transição demográfica em que esse cuidador, entendido como membro de um grupo populacional, se encontra.

A unidade de análise será o Brasil, mas com um recorte que atende a estágios da transição demográfica em que se encontram os diversos subgrupos de população

brasileira. No nível individual, diante dos resultados encontrados na revisão bibliográfica e em pesquisas especializadas¹, algumas características dos cuidadores se destacam: são em sua maioria mulheres, filhas ou esposas (maior parte idosas, e algumas com seus próprios problemas de saúde) e com baixa participação social variando de acordo com o grau de dependência do idoso.

Esse perfil é comum, por exemplo, em três cidades onde foram estudados os cuidadores, - Buenos Aires (Argentina), Montevideu (Uruguai) e Santiago (Chile) -, o que justificou, juntamente com os outros estudos qualitativos e quantitativos explorados até o momento, a análise mais aprofundada destas características para os cuidadores brasileiros.

Neste sentido o objetivo central deste trabalho é analisar o perfil do cuidador informal de idosos no Brasil e desenhar possíveis cenários futuros de interação entre esse grupo e o grupo de idosos que demandam algum tipo de assistência. O primeiro objetivo específico é delimitar o perfil de cuidadores informais no Brasil, considerando aspectos como condição socioeconômica e arranjos domiciliares em função do estágio em que se encontram na transição demográfica.

Um segundo objetivo específico é observar através de pesquisa qualitativa como se relacionam os cuidadores com as pessoas que recebem cuidados, e como as características mencionadas – estágio da transição, condição socioeconômica e arranjo domiciliar – influenciam no tipo de cuidado oferecido ao idoso.

O caminho para chegar ao objetivo principal começa pelo mapeamento do Censo Demográfico de 2000, de onde serão extraídos todos os domicílios onde vive pelo menos um idoso potencialmente demandador de assistência - IPDA. Todos os

¹ Por exemplo a pesquisa SABE, Pesquisa de Saúde, bem-estar e envelhecimento, que investigou as condições de vida dos idosos em sete cidades da América Latina e Caribe no ano 2000. Foi idealizada pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) em convênio interagencial integrado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa de Envelhecimento das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Em cada um dos países onde a pesquisa foi realizada contou com a ajuda de grupos de pesquisas locais e governo.

indivíduos que vivem neste domicílio serão analisados para avaliar quem poderia ser o potencial cuidador informal - PCI.

Alguns critérios deverão ser observados tanto para a escolha do IPDA quanto para a escolha do PCI. É considerado IPDA, o indivíduo maior de 60 anos que é declarado com algum grau de qualquer das incapacidades enumeradas pelo censo, tal como se detalha no capítulo metodológico. Os maiores de 80 anos, mesmo não registrando qualquer problema são considerados, por definição, IPDA. O PCI é o indivíduo entre 18 e 79 anos que é declarado sem qualquer uma das incapacidades e vive no mesmo domicílio do IPDA.

Considerando essa definição de PCI, há de se reconhecer, de início, uma limitação: apesar de sabermos que existem cuidadores informais que não vivem no mesmo domicílio do IPDA, os dados do censo não permitem sua identificação em domicílios separados, mesmo porque, não existe nenhuma pergunta especificamente sobre o cuidador. Portanto o pressuposto utilizado para realizar estas análises é o de que o PCI vive no mesmo domicílio do IPDA.

Após o mapeamento do censo, são analisadas as entrevistas em profundidade realizadas com pessoas pertencentes a duas regiões delimitadas com antecedência. Delas foram extraídas questões que ajudam a definir melhor quem é o cuidador informal, o que o levou a exercer o cuidado e qual é seu sentimento ao realizar esta tarefa. Isso ajuda a responder o objetivo específico que trata de diferentes perfis quando estes estão inseridos em diferentes estágios da transição demográfica.

A partir do mapeamento inicial e dos resultados da análise qualitativa, e com fins operacionais, este estudo identifica apenas um indivíduo como potencial cuidador, que passa a ser denominado PCIP – potencial cuidador informal principal. Com isso têm-se um total de IPDA e um total de PCIP que permite uma aproximação da relação entre demanda (IPDA) e oferta (PCIP).

Finalmente, através de simulações na variação do volume de IPDA e PCIP por faixa etária e sexo para o período 2005-2015, foi possível verificar quais as mudanças estão acontecendo no tamanho destes grupos.

Uma observação que deve ser feita é que os cuidadores formais – aqueles com formação específica para realizar o cuidado - não serão tratados neste trabalho, visto que, no Brasil, apesar da existência de leis que deveriam dar suporte ao idoso através do Sistema Único de Saúde, o atendimento desse tipo de profissional não está disponível para a maior parte da população. Em virtude disso e de fatores culturais que induzem a um cuidado familiar como forma de retribuição emocional na maioria das situações, o cuidador informal prevalece na sociedade brasileira (Giacomin et al. 2005), o que, uma vez mais, justifica a importância deste tipo de estudo.

O trabalho qualitativo revelou muitos aspectos que a análise quantitativa não capta. Por exemplo, sobre os sentimentos em relação ao cuidado, percebeu-se que, independente da região, ou do estágio da Transição Demográfica em que o indivíduo se insere, a maioria dos cuidadores relata sentimentos de gratidão e obrigação para com o idoso necessitado. Alguns se sentem culpados no caso de não poderem mais ajudar. A institucionalização do idoso ainda é uma idéia que muitos rejeitam, seja por medo de fazer uma escolha que irá prejudicar o idoso, seja por medo do julgamento que a sociedade, ainda hoje, faz. Existem também, aqueles que não cogitam esta possibilidade por não poderem pagar por isso.

Outro aspecto revelado pela análise qualitativa é um impasse cada vez mais comum de acontecer, que é entre cuidar do idoso ou cuidar da própria vida. Muitas pessoas não conseguem conciliar essa jornada dupla e se sentem impotentes ao fazer sua escolha.

Os resultados quantitativos sugerem que a proporção idoso-cuidador irá aumentar ao longo do tempo nos dois cenários propostos, ou seja, serão mais idosos sob a responsabilidade de um único cuidador que geralmente é mulher, esposa ou filha.

Este trabalho está organizado em 7 capítulos. O primeiro é esta introdução. O capítulo 2 faz uma revisão sobre a transição demográfica, a transição epidemiológica e apresenta uma revisão de estudos sobre cuidadores e a função das redes sociais. No capítulo 3 está descrita a metodologia utilizada para geração dos resultados. O capítulo 4 trata do delineamento dos grupos de IPDA e PCI a partir dos dados do censo. No capítulo 5 apresentam-se os resultados das

entrevistas em profundidade e o capítulo 6 analisa os cenários de oferta e demanda por cuidadores informais. A conclusão e as considerações finais são apresentadas no capítulo 7.

2 O CONTEXTO EM QUE SE INSERE O CUIDADOR DE IDOSOS

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura que trata dos cuidadores e dos idosos bem como de assuntos relacionados à importância de estudar a relação entre ambos. A primeira parte dá uma visão geral sobre cuidadores, conceitos, caracterização do grupo e sua relação com o idoso que demanda cuidado. A segunda parte fala do processo de transição demográfica, importante para contextualizar a mudança dos padrões etários no Brasil, e trata também da transição epidemiológica que discute a existência de dois padrões de doenças: as infecciosas e as degenerativas e como elas agem e interagem na população brasileira, principalmente entre os idosos. A terceira parte relata algumas pesquisas realizadas com cuidadores, sua composição, seu comportamento e algumas comparações com indivíduos que não exercem o cuidado a um idoso. A última parte é sobre as redes sociais, que discute as chances de um idoso ter ou não um cuidador no futuro.

2.1 Visão geral sobre os cuidadores

O cuidador é o indivíduo que irá auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar sozinho qualquer tarefa necessária no seu dia-a-dia, seja ela muito ou pouco freqüente (Giacomin et al., 2005). Quanto maior a dependência, maior terá que ser a dedicação do cuidador que pode ser tanto informal, que é geralmente um familiar, quanto formal, que é um profissional capacitado para atender as necessidades do idoso dependente.

A velhice é encarada de diferentes formas por diferentes sociedades. Algumas tratam o envelhecimento como sinônimo de sabedoria, outras o associam à improdutividade e também existem sociedades que consideram o idoso alguém extremamente frágil, criando fortes laços de dependência com ele. Os sistemas de assistência desenvolvidos tanto pela sociedade civil, quanto por órgãos

públicos e privados são um reflexo de como a sociedade percebe o idoso (Giménez, 2004).

Independente da organização social, a família sempre foi a maior responsável pelo cuidado (Giménez, 2004). A institucionalização, em alguns casos, é a última alternativa para aqueles que não encontram mais condições de atender às necessidades dos seus idosos, seja pela falta de tempo ou pela falta de habilidade em lidar com determinadas situações, como idosos com transtornos mentais.

Nos últimos anos, diante do intenso envelhecimento da população, as políticas públicas também promovem um maior envolvimento da família na assistência ao idoso (Giménez, 2004). O fato de o Estado ser, em certos aspectos, incapaz de lidar com tantos idosos necessitando de serviços – por exemplo, serviços de saúde que, com os avanços da medicina, prolongam a vida por mais tempo – faz com que sejam necessárias políticas alternativas, principalmente as do tipo preventivas, para que as pessoas tenham uma expectativa de vida mais saudável e, de preferência, no convívio familiar. Dessa maneira a oferta de serviços de saúde não seria tão pressionada pelo aumento de pessoas com mais de 60 anos, porque parte delas deveria buscar um estilo de vida mais saudável e conseqüentemente com mais independência.

A relação do idoso com sua família está vinculada, dentre outros aspectos, com questões culturais. O cuidado informal – aquele que não gera um benefício financeiro para quem o exerce - existe em todos os países do mundo, sendo exercido com maior ou menor intensidade pelos membros da família (Chappel apud Kosberg, 1992). Mesmo aqueles indivíduos que reúnem condições financeiras para arcar com uma instituição de longa permanência, sentem que podem não estar tomando a decisão correta e em alguns casos optam por continuar convivendo com o idoso até que a situação seja realmente insustentável. É neste momento que as questões culturais que permeiam todas as classes sociais, com maior ou menor intensidade, entram na discussão. É possível que mesmo tendo a possibilidade de passar a responsabilidade de cuidar para terceiros, famílias de diferentes níveis econômicos, optem por manter o idoso em casa sob seus cuidados.

De um modo geral, o cuidado do idoso é exercido pelas mulheres. Isso pode ser motivado pelo fato de que, historicamente, elas cuidam da casa e da família e, de forma quase natural, acabariam assumindo o cuidado dos mais velhos, em caso de necessidade (Vilela et al, 2006; Karsh, 2003). A sensação de estar em dívida e de ter que assumir este papel também é mais intenso entre elas e desenvolvido gradativamente ao longo da vida (Cattani e Girardon-Perlini,2004).

Em relação aos maridos, por exemplo, depois de muitos anos de casamento e de cuidado, elas sentem a obrigação de cuidar, se sentem resignadas diante da situação e não desejam passar a responsabilidade para outra pessoa (Giacomin et al., 2005). É um papel visto como uma obrigação e não como um fardo a ser carregado (Ho et al., 2006).

Dwyer e Seccombe (1991) afirmam que mesmo quando se têm indivíduos diferentes com o mesmo grau de dependência, o cuidado irá variar de acordo com o sexo e a geração do cuidador. Um estudo realizado pelos mesmos autores em 1982 – utilizando dados da National Long-Term Survey e a National Survey of Informal Caregivers – mostrou que os maridos relatam se dedicar ao cuidado mais que as esposas. Essa afirmação sobre os maridos, segundo os autores, é facilmente explicada pelo fato de que, quando a esposa precisa ser substituída, por exemplo, nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's)², o homem se sente com muitas obrigações, pois provavelmente, nunca realizou estas tarefas rotineiramente, enquanto que na vida da mulher são atividades nas quais ela esteve sempre envolvida. Portanto o peso parece ser maior para os homens, mas na verdade é apenas uma questão do que fazia ou não parte do cotidiano deste homem anteriormente (Dwyer e Seccombe, 1991).

A religião também pode delimitar o tipo ou a intensidade de cuidado oferecido. O Egito - país de maioria muçulmana – é um exemplo onde a religião influencia fortemente o comportamento dos indivíduos. O suporte aos idosos, tanto emocional quanto financeiro, está exposto no Alcorão e deve ser feito preferencialmente pelo filho homem ou o filho mais velho que pode ser, neste caso, homem ou mulher (Ashor, 1992). Chama atenção aqui o fato da preferência

² AIVD inclui atividades como preparar refeições, fazer compras, lidar com dinheiro, usar o telefone, controlar medicamentos e fazer trabalhos domésticos leves (OPAS, 2003)

pelo cuidador do sexo masculino, algo incomum na maioria das culturas. Outro exemplo interessante, é a Tailândia onde os pais esperam ajuda, econômica ou não, de seus filhos, é uma espécie de pagamento por tudo que os pais fizeram para eles e por eles no passado (Wongsith, 1992).

Prover cuidado quando se vive com os pais idosos, é mais comum entre os filhos não casados do que entre os casados, independente do sexo. Um estudo feito com dados do *“British Retirement Survey”* de 1988/89 mostra que, cerca de 18% dos não casados entre 55 e 69 anos, cuidam dos pais vivendo na mesma residência, enquanto que 9% das mulheres e 1,8% dos homens casados vivem com os pais idosos que necessitam de cuidado na mesma residência. Mesmo que o filho que nunca se casou não viva com os pais, a chance de que ele retorne para exercer o cuidado é maior do que a chance dos irmãos que já se casaram em algum momento retornarem (Glaser e Grundy, 2002).

No caso do cuidado ter que ser realizado por uma mulher casada e esta não compartilhe o domicílio com o idoso, geralmente existe uma dificuldade em que o marido entenda a grande responsabilidade que fica nas mãos da esposa; quando o idoso compartilha a mesma residência, é mais fácil para o homem, perceber as dificuldades da esposa, pois convive de perto com o problema, e por isso ele é mais compreensivo quando quer um tempo com a esposa, planejar uma viagem e outros programas em família, diminuindo um pouco a pressão sobre a mulher (Kleban et al., 1989; Walker et al, 1995).

Supõe-se, que quanto melhor a relação pessoal no passado e presente, maiores são as possibilidades de gerar uma boa relação ao assumir a responsabilidade de cuidar (Silveira et al., 2006). Diante disso, a construção da relação idoso-cuidador, de maneira particular do cuidador informal, seria de extrema importância no atual estágio da transição demográfica em que o Brasil se encontra. De fato, o número de pessoas que, no futuro, estarão disponíveis para exercer o cuidado do idoso tende a ser menor, pois, com a queda da fecundidade, as famílias têm seu tamanho bastante reduzido. Espera-se que a proporção de idosos sem nenhum filho sobrevivente aumente consideravelmente no futuro (Carrière et al, 2007).

Os idosos atuais pertencem a uma geração em que se tinha muitos filhos e uma família grande, e isso, teoricamente, aumenta as chances de se ter um cuidador informal dentre esses familiares. Para um futuro não muito distante, as opções estarão mais restritas porque as famílias atuais são cada vez menores.

Na China, por exemplo, a política do filho único já está gerando uma situação em que este filho, já em idade de formar a própria família, se unirá a outra pessoa com quem terá também um filho e terá sob sua responsabilidade uma criança e quatro idosos – em razão da pressão cultural que o obriga a assumir esta responsabilidade. O problema disso não é tanto financeiro, mas sim o ato de cuidar diariamente, e provavelmente por um longo período, dos idosos, levando a um desgaste em vários sentidos do responsável pelo cuidado (Chuanyi e Qin, 1992).

Uma vez assumido o papel de cuidador informal, corre-se o risco de um abalo na própria rede de relacionamento. Um exemplo é uma filha que aos 30 anos assume o cuidado da mãe. Se ela ainda não se casou, as chances de se casar reduzem consideravelmente pela falta de tempo e disponibilidade para se dedicar a um relacionamento; se ela se casou, o tempo para a família é prejudicado à medida que o idoso necessita de mais atenção. A relação com os amigos também é prejudicada, uma vez que a vida social vai, aos poucos, dando lugar aos problemas e necessidades do idoso (Cattani e Girardon-Perlini, 2004).

A situação é ainda mais complicada quando o cuidado é assumido por pessoas de idade avançada, como é o caso das mulheres idosas que cuidam de seus maridos. Neste grupo, o risco de que o cuidador seja acometido também por uma doença é muito alto. Elas acabam auxiliando os maridos até que eles morram e, dificilmente alguém assume o cuidado dessa mulher quando ela precisa (Karsh, 2003).

O cuidar pode durar anos e se tornar uma tarefa cada vez mais difícil, levando o cuidador a se isolar, o que muitas vezes, resulta em ter sua saúde física e mental abalada. Gonçalves et al.(2000) mostram uma tendência a que o cuidado seja exercido por apenas um membro da família, geralmente a mulher, que acaba se desgastando e se cansando mais, aumentando assim a probabilidade de

incidência de doenças. Uma maneira de reduzir os efeitos do cuidado intenso é a existência de um apoio por parte de outras pessoas que possam aliviar a sobrecarga imposta sobre um único indivíduo, neste caso a mulher, que poderá continuar a ser a cuidadora principal sendo responsável pela maioria das decisões, mas passará a ter algum tipo de ajuda.

O bem estar do cuidador influi diretamente no bem estar do idoso dependente e vice versa, portanto é importante que o cuidador principal tenha ajuda de alguma maneira (Ho et al., 2006). Na literatura internacional é possível encontrar trabalhos que mostram que, cuidar de idosos com problemas mentais ou mesmo outros problemas relacionados ao envelhecimento tem um forte impacto na saúde e nos aspectos financeiros e sociais da vida do cuidador informal (Zarit, 1994), reforçando a idéia de que é necessária uma rede de cuidadores secundários além do cuidador principal.

Um estudo qualitativo descritivo, realizado por Cattani e Girardon-Perlini (2004), levanta questões como os sentimentos de gratidão, resignação, cansaço físico e emocional, perda da liberdade, solidão e a inexperiência dos cuidadores diante da demanda de idosos com necessidade de cuidado. É uma mistura de sentimentos que acomete o indivíduo em diversos momentos enquanto cuidador - numa mesma entrevista, ele pode expressar resignação e cansaço emocional.

O relato de entrevistas feitas com 10 esposas cuidadoras participantes do projeto Bambuí³, levanta questões que chamam a atenção para a experiência da mulher cuidando de seu marido. Já num primeiro momento, é possível se destacar as características descritas anteriormente, isto é, que a cuidadora tem uma idade também mais avançada e com a saúde deteriorada não só pelo fator envelhecimento, mas pela dedicação dada ao esposo, em detrimento do próprio bem-estar. Essas mulheres se dedicaram ao longo de toda uma vida para cuidar da família e da casa e, ao envelhecer e observar a dependência física do marido aceitam essa tarefa, e não acham que seja justo dividir a obrigação com outra pessoa (Giacomin et al., 2005).

³ É um estudo de coorte sobre a saúde dos idosos (60 anos e mais) residentes na cidade de Bambuí – MG. Iniciou-se em 1996 e, anualmente, a pesquisa e consultas às declarações de óbitos são feitas.

A entrada, cada vez mais intensa, da mulher no mercado de trabalho, reduz as chances de uma dedicação integral aos idosos, uma vez que ela assume outras responsabilidades fora do contexto doméstico, e este, deixa de ser o único lugar onde a mulher se sente realizada (Nascimento, 2006). Influi também no número de filhos que ela terá, o que no futuro influirá no número de pessoas disponíveis para cuidar dessa mulher.

Um estudo feito para Israel considera um outro lado importante dessa mudança no papel da mulher, a cobertura das pensões para as mulheres irá aumentar e a possibilidade de não depender tanto da ajuda da família e de outras pessoas, pelo menos no aspecto financeiro, também poderá ser maior (Noam e Habib, 1992). Mas trabalhar também pode ajudar a manter uma vida financeira melhor e alivia a mulher do intenso stress de ter que cuidar integralmente de um idoso (Walker et al, 1995). Em outras palavras, uma maior cobertura de pensões e aposentadorias, particularmente para mulheres, poderia indicar, no médio prazo, menor pressão na demanda de cuidadores informais.

Por outro lado, se for necessário que alguém abandone o trabalho por causa de uma necessidade extrema do idoso, haveria grande possibilidade dessa pessoa ser uma mulher, pois seu custo de oportunidade para cuidar é considerado menor que dos homens. Não só por isso, mas as mulheres sentem que existe um conflito entre trabalho e cuidado, colocando em alguns casos o cuidado como prioridade, para os homens a prioridade, em geral, é o trabalho (Walker et al, 1995).

2.2 O processo de Transição Demográfica e a Transição Epidemiológica

A gradual queda da fecundidade e mortalidade de níveis altos para níveis baixos, gera o processo conhecido como Transição Demográfica. Com a mortalidade em queda nas idades mais velhas, os indivíduos sobrevivem por mais tempo; por outro lado, a queda da fecundidade gera coortes de nascimento cada vez menores. Esse processo resulta num aumento do peso relativo dos idosos – e também um aumento no número absoluto - que vai se tornando um grupo cada vez maior (Kinsella e Velkoff, 2001).

O Brasil vivencia, desde a década de 70, um acelerado declínio da fecundidade, que tem como uma de suas conseqüências o processo de envelhecimento populacional. Uma proporção cada vez maior da população pertence ao grupo maior de 60 anos.

Sendo este processo de envelhecimento muito rápido, não houve tempo para que as políticas sociais, econômicas e culturais se adequassem ao novo cenário que se formava (Kinsella e Velkoff, 2001). Um país que tem um aumento significativo de seus idosos também necessita de uma infra-estrutura que permita a este indivíduo satisfazer, de forma integral, suas necessidades mínimas como, por exemplo, se movimentar e realizar suas atividades de maneira independente.

Além da velocidade de formação desse novo cenário, há também, a possibilidade de uma insuficiência de esforço político para executar essas mudanças. Segundo Wong e Carvalho (2006), simulações sobre perspectivas de gastos públicos deixam claro que, se não se implementam mudanças estruturais, que acompanham as mudanças demográficas, haverá risco de não ser possível satisfazer as demandas implícitas nos programas destinados aos idosos.

Criar condições para que o idoso seja o mais independente possível, exigiria dos governantes – e também do setor privado – um investimento alto em infra-estrutura, com melhor pavimentação das calçadas e ruas, em saúde, com melhoria do atendimento no sistema público e outros setores dos quais se exigirá um melhor preparo para a grande demanda de idosos.

Nos países europeus, onde o processo de transição demorou mais de cem anos, houve mais tempo para pensar na melhor maneira de se adaptar às mudanças da estrutura etária (Kinsella e Velkoff, 2001). Mesmo assim, isso não significa que todos os problemas oriundos do processo de envelhecimento foram resolvidos. Vários destes países já enfrentam questões como falta de mão-de-obra e um crescimento, em alguns deles, negativo de suas populações. Muitos ainda não resolveram os problemas oriundos da maior sobrevivência dos idosos em idades extremas. Nem ao menos questões como as aposentadorias, foram resolvidas. Um exemplo são as greves de diversos setores na França, no final do ano de 2007, contra a reforma proposta pelo presidente do país.

Neste contexto geral, e particularmente no mundo subdesenvolvido onde se insere o Brasil, é necessário pensar em indivíduos que estarão disponíveis para cuidar dos idosos, que vivem cada vez mais tempo, e assegurar a eles um apoio em suas necessidades. Os cuidadores passam a ser figuras importantes neste cenário, pois são aqueles que irão prover o auxílio que estes idosos precisam em maior ou menor intensidade.

Como as mudanças demográficas estão se dando com certa defasagem ao longo do território brasileiro, pressupõe-se que a natureza do cuidador, estará ligada ao estágio da transição demográfica no qual ele se encontra inserido. Nas áreas onde a transição demorou, como por exemplo, na região Nordeste, o cuidador informal será socialmente esperado. Em lugares como o Sudeste do país, o cuidador informal, em razão do avançado processo de transição, será uma figura menos freqüente.

Com o processo de envelhecimento populacional, os cuidadores terão que estar preparados para as doenças que acometem os idosos com maior probabilidade e que inspiram cuidados, como é o caso das doenças degenerativas. Diante das melhorias médicas e tratamentos mais avançados para diversos tipos de doenças – incluindo as neoplasias – o tempo de vida, mesmo doente é, com o passar dos anos, maior. Vivendo mais, o idoso necessita de um cuidado mais especializado por um tempo mais longo.

Como resultado do processo de desenvolvimento econômico incentivado pela Revolução Industrial e também avanços gradativos na medicina, os ganhos em saúde ocorreram em todas as partes do mundo, cada um a sua maneira e a sua velocidade. Com isso, a esperança de vida vem crescendo em todas as partes. No caso do Brasil em 1950/1955, os homens que atingiam a idade de 60 anos esperavam viver 15,10 anos a mais e as mulheres 15,72 anos. Em 2010/2015 espera-se que esta sobrevida chegue a 19,88 anos para os homens e 23,11 anos para as mulheres (CELADE, 2007).

A Teoria da Transição Epidemiológica de Omran (1971) diz que:

“durante a transição, mudanças de longo prazo ocorrem na mortalidade e padrões de doenças, resultante da substituição gradativa das pandemias infecciosas por doenças degenerativas e

doenças causadas pelo homem, como a causa principal de morbidade e causas primárias de morte” (p.736).⁴

Simple avanços médicos e medidas para melhorar o saneamento básico, por exemplo, permitem que esta transição ocorra. Em países com alta incidência de doenças infecciosas, quando estas são tratadas, os ganhos na esperança de vida são muito grandes; em países onde a incidência dessas doenças é quase nula, a luta maior é contra as doenças degenerativas, e os ganhos acabam sendo menores, uma vez que a esperança de vida também já é alta (Meslé e Vallin, 1996). À medida que as crianças sobrevivem às doenças infecciosas, geram um maior número de idosos no futuro expostos às doenças degenerativas.

É importante saber que, tendo como foco de investigação o Brasil, as diferentes regiões se encontram em diferentes estágios da transição epidemiológica. Um estudo feito por Prata (1992) analisando a evolução da mortalidade por grupo de causas entre 1935 e 1980 mostra os diferenciais regionais acima citados. Em 1930, as doenças infecciosas eram a primeira causa de morte em todas as regiões, porém em níveis bem diferentes, 60% na região Norte e 39% na região Sul.

Em 1985 as doenças do aparelho circulatório eram maioria em todas as regiões, mas, a incidência de doenças infecciosas na região Norte e Nordeste ainda eram significativamente altas, 16% e 14% respectivamente, enquanto que no Sul e Sudeste eram apenas 5% e 4% respectivamente. As neoplasias tinham maior incidência na região Sul, 17%, e menor no Nordeste, 9%. As causas externas, que em 1930 tinham pouca relevância, em 1985 no Centro-Oeste chegam a 17% e no Nordeste a 10% (Prata, 1992).

As tendências atuais de mortalidade podem gerar novos e graves problemas de saúde pública se não existe uma certeza quanto ao limite da esperança de vida e nem com que qualidade viverá o idoso. De qualquer maneira, as políticas sociais e um investimento econômico na saúde pública devem ser mais intensos (Meslé e Vallin, 1996). No grupo etário de mais de 60 anos, encontra-se a maior incidência das doenças degenerativas. Visto que elas vêm aumentando em volume, seria

⁴ Documento original em Inglês (tradução do autor).

necessário uma intervenção na saúde pública, para que estes ganhos na expectativa de vida não se tornem um problema de difícil solução.

Os ganhos na esperança de vida são importantes quando este tem qualidade. Se a maior parte da velhice se vive com problemas de saúde, existe um impacto na estrutura familiar, com a necessidade de cuidado de longo prazo em muitos casos. Não só na família, mas também no sistema previdenciário e hospitalar, por exemplo. Os custos das doenças degenerativas são mais altos e aumentam com o idoso sobrevivendo por mais tempo com estas doenças (Kinsella e Velkoff, 2001). Independente de quem paga a conta por tratamentos tão caros e longos, deve existir uma preocupação no sentido de evitar uma velhice debilitada, para que todos saiam ganhando, família e sociedade – que é quem paga a conta dos serviços públicos através de seus impostos.

Elo e Preston (1992) consideram que as condições de saúde na infância afetam o risco de mortalidade na vida adulta. Principalmente as doenças infecciosas e as relacionadas à nutrição são condições importantes que afetam às crianças e levam ao aumento nos riscos de morte anos mais tarde. Barker (1995) se aprofunda ainda mais quando argumenta que a saúde do indivíduo é vinculada às suas condições desde o útero da mãe. Estudos feitos e relatados por este autor, mostram que, os indivíduos que nasceram abaixo do peso ou muito pequenos, têm aumentadas as chances de desenvolver problemas coronarianos na idade adulta. Mas é importante perceber, que as atitudes em relação à saúde na vida adulta, combinada com estes fatores que vem desde o útero da mãe, potencializam ainda mais as chances de desenvolvimento de problemas cardíacos. Alguém que veio da infância com problemas respiratórios e quando adulto começa a fumar, faz crescer as chances de um problema de coração.

Outra discussão é a de que efeitos de período, isto é, mudanças nas condições de vida no momento atual – como melhorias médicas, por exemplo -, seriam mais significativas que os efeitos de coorte quando observamos o nível de mortalidade dos idosos com 80 anos e mais (Kannisto, 1996). Um estudo de coortes nascidas antes, durante e depois de um período de fome na Finlândia no meio do século XIX, não encontrou grandes diferenças no tempo de sobrevivência na vida adulta nestas três coortes (Kannisto et al., 1997). Se generalizarmos esta descoberta,

seria possível esperar que recentes melhoras sociais contribuam para o aumento da longevidade do idoso brasileiro, independentemente dos seus níveis de saúde no passado.

Com a população de crianças diminuindo, aumentam as chances de um melhor controle das doenças infecciosas, uma vez que elas atingem com mais frequência este grupo etário. Por outro lado, com o grupo de idosos aumentando, aumenta também a incidência de doenças degenerativas. No Brasil, esses dois grupos de doenças co-existem e não é razoável planejar políticas de combate a apenas uma delas; há que se ter uma divisão razoável de recursos.

2.3 Pesquisas sobre cuidadores no mundo

Trabalhos que tem como tema central o cuidador de idosos são publicados em diversas áreas de conhecimento em todo o mundo. Como já discutido anteriormente, é possível que por mais diferentes que sejam as questões culturais e socioeconômicas dos países, exista um ponto de convergência quando se trata do cuidador de idosos. Pode-se pensar, por exemplo, na hipótese de que a maioria dos cuidadores são mulheres, mas os motivos podem ser bastante diferentes – aí entram, principalmente, as questões culturais. A mulher pode ser a cuidadora, por exemplo, porque é a dona de casa, que cuidou dos filhos, do marido e em tese está apta e preparada para assumir o cuidado do idoso, e acredita nessa obrigação.

Assim como o status do cuidador está condicionado ao contexto cultural, aspectos importantes, como a própria saúde desse cuidador, também estão condicionados a estes aspectos, tais como são retratados nos estudos a seguir.

Na Índia, um estudo feito por Gupta et al (2006), faz uma análise para determinar como os fatores que compõem uma escala de sintomas depressivos (CES-D⁵) estão estruturados quando se analisam especificamente os cuidadores. Busca

⁵ Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) é uma das ferramentas mais utilizadas para identificar os sintomas de depressão. A escala contém 20 itens divididos em 4 sub-escalas. O trabalho testado demonstrou que, o uso de 3 sub-escalas foi suficiente no caso da Índia.

medir como as questões culturais afetam, principalmente, a forma como os cuidadores aceitam a tarefa de cuidar; um exemplo é a crença no karma. Foram analisados 255 cuidadores, residentes na cidade de Allahabad no norte da Índia, sendo que a maioria destes eram mulheres, com idade média de 42 anos, casadas com filhos, vivendo com o idoso. Neste país, a presença de instituições privadas para cuidado dos idosos é pouco freqüente e conta-se com a ajuda de toda a família para exercer este papel.

A CES-D, adaptada ao caso da Índia, utilizou apenas 12 itens subdivididos em 3 sub-escalas ou fatores: somatização da tristeza (perda de apetite, tristeza, problemas de concentração, sensação de falha, choro, desânimo e sem esperança), fatores positivos (se sente bem, esperançoso e gosta de viver) e fatores interpessoais (não amigável e não se sente querido) (Gupta et al, 2006).

Os dois primeiros fatores têm uma correlação negativa significativa (-0,518), ou seja, quanto mais triste e mais desanimado menos o indivíduo se sente bem, esperançoso e gosta de viver. Isso tem ligação com a crença no karma que faz com que o Hindu acredite que coisas boas ou ruins acontecem porque tem que acontecer e não porque agimos sobre elas (Laungani apud Gupta et al, 2006). A somatização da tristeza seria o karma ruim e os fatores positivos o karma bom (Gupta et al, 2006).

Entre os fatores da somatização da tristeza e os interpessoais, também existe uma correlação negativa significativa (-0,556), ou seja, quanto mais triste e mais desanimado menos o indivíduo se sente querido e isso pode levar a um isolamento (Gupta et al, 2006). Isso é esperado, pois no Norte da Índia, segundo Mestrovic (apud Gupta et al, 2006), existe a crença de que os problemas mentais são originados de relações pessoais de má qualidade.

O Censo do Reino Unido em 2001 incluiu perguntas sobre as responsabilidades como cuidador e o estado de saúde reportado pela população. Aproximadamente 10,2% da população (5,9 milhões de pessoas) dedicam cuidados informais para outra pessoa, destes, 56% se dizem em bom estado de saúde ao passo que, entre os que não exercem cuidado informal esta proporção é de 70%. O impacto futuro do cuidado na saúde dos cuidadores, sejam eles jovens ou idosos, gera

preocupação e deve ser motivo de atenção para o desenvolvimento de políticas públicas nesta área (Doran et al., 2003).

Outra comparação interessante sobre cuidadores, que é importante mencionar porque tenta estabelecer diferenças entre cuidadores de raças diferentes, é um estudo feito em Londres em 1998 e descrito por Koffman e Higginson (2003). O trabalho descreve e compara as experiências de cuidadores informais negros e brancos, durante o último ano de vida dos pacientes com alguma doença degenerativa no estágio avançado e também depois da morte deste paciente. Nos dois grupos, números similares de indivíduos (foram investigados 50 cuidadores em cada grupo) reportaram que, mesmo depois da morte do dependente, tiveram problemas para dormir, problemas nervosos, depressão e ansiedade. No entanto, os brancos apresentaram uma maior taxa de procura por cuidados médicos para tratar desses problemas. Uma explicação é a de que os negros relatam pouca satisfação quanto aos cuidados primários dispensados pelo médico e acabam desistindo de procurá-lo em muitos casos (Koffman e Higginson, 2003).

Independente do papel assumido pela mulher, seja ela esposa ou filha, o fato é que o cuidado informal é dado em grande parte por ela em qualquer lugar do mundo. Uma vez que as esposas acabam vivendo, na maioria das vezes, mais tempo que os seus maridos ou companheiros, ela é a cuidadora mais freqüente. Quando é a mulher que necessita de auxílio, a filha é que passa a ser a figura mais freqüente na assistência (Kinsella e Velkoff, 2001).

2.4 Redes sociais

As relações que existem entre os indivíduos e os membros da família e da sociedade têm forte influência sobre a possibilidade de se ter ou não um cuidador. Não é apenas o fato dos pais tenderem a ter menos filhos, e por isso diminuírem a possibilidade de serem amparados na velhice, mas também as relações mais frágeis que se estabelecem com pessoas dentro e fora da família, que poderiam também ser uma ajuda quando preciso (Pillemer e Suitor, 1998).

Segundo definição de Sluzki (2000) a rede social do indivíduo é definida como:

“Uma estrutura social estável e em evolução constituída por: membros da família, amigos e conhecidos, companheiros de trabalho e de estudo e todo tipo de relação que envolve a participação organizacional formal ou informal do indivíduo – social, recreativa, religiosa, política, vocacional, relacionados a saúde, dentre outros. Isso inclui, de fato, todos com os quais interagimos e que nos distinguem dos desconhecidos (p. 271)”⁶

As características das redes sociais podem variar entre os indivíduos e entre as culturas e vão se modificando com o passar do tempo. O trabalho de Sluzki (2000) se foca no estágio em que o indivíduo atinge a idade cronológica avançada e fala sobre conceitos biológicos e sociais de ser idoso. Algumas pessoas chegam às idades avançadas cheios de disposição e saúde, outras têm a saúde mais debilitada e conseqüentemente uma pior qualidade de vida. Portanto, duas pessoas com a mesma idade cronológica podem ter estilos de vida totalmente diferentes, sendo umas mais e outras menos ativas.

Em algum momento, os sinais da necessidade de cuidado aparece nos mais velhos, seja porque o idoso perdeu o companheiro ou companheira, seja por ter ficado doente e precise de algum tipo de acompanhamento parcial ou integral, temporário ou indefinido. O caso é que, neste momento, muitos idosos têm que se deslocar de seu ambiente, no qual muitas vezes está inserido há anos, para viver próximo das pessoas que irão cuidar dele. Existe uma perda maior de sua autonomia, por ter que se submeter às novas regras impostas pela nova forma de vida. Este processo de mudança e adaptação também tem aspectos positivos, como o acesso a um cuidado familiar mais intenso, que pode aproximar as relações entre os idosos e os mais jovens, levando a uma troca de experiências, que pode ser benéfica para todos (Sluzki, 2000; Del Campo et al., 2000).

Uma discussão também levantada, refere-se à real dimensão do cuidado com os idosos, muitas vezes uma incapacidade de fácil cuidado toma proporções muito maiores. O paternalismo exercido, em sua maioria, pelos filhos impede que os idosos exerçam atividades que ainda são capazes de realizar, eles passam a ser tratados como crianças e perdem a oportunidade de exercer a pouca autonomia que ainda lhes resta (Floriani e Schramm, 2004; Sluzki, 2000). Os Programas de Atendimento Domiciliar tentam transformar esta atitude paternalista em ações

⁶ Documento original em Inglês (tradução do autor).

terapêuticas efetivas, que façam com que o cuidado em casa melhore a qualidade de vida do idoso ao invés de mantê-lo num hospital ou em uma instituição de longa permanência. A convivência com os familiares e com a comunidade tenta resgatar a autonomia do idoso na medida em que isso é clinicamente possível (Floriani e Schramm, 2004).

No México, um estudo com mulheres idosas, encontrou que os idosos institucionalizados têm um pior desempenho funcional que os demais. Apesar de terem assistência médica, serem alimentados corretamente e participarem de atividades sociais, elas ainda sim se sentem infelizes e presos por não poderem viver com a própria família, seja por não tê-la ou pela mesma não querer nenhum tipo de contato (Bialik, 1992).

Nas sociedades mais antigas, as relações entre os indivíduos eram mais fortes e duradouras, enquanto que, na sociedade contemporânea, estas relações tendem a ser mais voláteis. As normas que antes regiam o comportamento têm se tornado mais flexíveis e colaboram para que as relações se tornem mais conflitantes, pois, cada vez mais, pais e filhos pensam em direções opostas. Apesar das divergências entre as gerações, os pais são sempre citados como pertencentes a rede social dos filhos e vice-versa (Pillemer e Suitor, 1998).

A rede familiar fica desestruturada, em parte, pelo efeito da entrada da mulher no mercado de trabalho, abandonando aos poucos o papel integral de dona de casa e cuidadora da família, inclusive dos idosos. Outro motivo de desestruturação é a migração dos jovens que vem sendo mais comum e os afasta do convívio com os mais velhos (Yazaki et al, 1991). Com redes familiares mais frágeis, alguns papéis são transferidos para instituições como igrejas, casas de repouso ou outros lugares onde o idoso seja, de certa maneira, amparado em suas necessidades físicas, e porque não dizer também, psicológicas.

O tipo de família em que os pais tinham muitos filhos tem diminuído proporcionalmente, à medida que novos formatos vão tomando espaço, como casais em união consensual, famílias monoparentais e casais homossexuais, por exemplo. Em todos estes casos, o número de filhos é pequeno ou não existe.

Por outro lado, como um dos efeitos da longevidade, mais pessoas estão vivendo para conviver com netos, e em alguns casos com os bisnetos. Passa a existir o que alguns autores chamam de “geração sanduíche”, onde um indivíduo, muitas vezes a mulher, tem que cuidar do filho e também dos pais (Kinsella e Velkoff, 2001). A razão de suporte mostra indiretamente a necessidade de apoio familiar para cuidar de um idoso. É a relação entre os potenciais cuidadores e os potenciais necessitados de cuidado (Wong et al., 2005). A TAB. 1 mostra a razão de suporte no período de 1950 a 2050 no Brasil para que se perceba com mais clareza a mudança nos padrões.

TABELA 1 – Razão de suporte, Brasil 1950-2050

Período	Razão de Suporte(p/100)*
1950	13,2
1975	21,3
2000	21,1
2025	27,8
2050	59,1

Fonte: Wong, Carvalho e Perpétuo(2005)

*Pop 75 anos e mais/ Pop 50 a 60 anos

Em 2050 existirão aproximadamente 2 adultos entre 50 e 60 anos para cada idoso de 75 anos e mais, sendo que no início deste século este número estava próximo de 5 (razão de suporte em 2000 de 21,1). Isso mostra o quanto a população idosa estará em pouco tempo, carente de potenciais cuidadores que atendam suas necessidades.

Independente da forma como é calculada a razão de suporte um fato é certo: o número de indivíduos que irão auxiliar na tarefa de cuidar de um idoso que necessite vem diminuindo em relação ao grupo dos idosos necessitados de cuidado. No caso do Brasil, o fato mais notável é, talvez, a velocidade com que este processo ocorre.

Em síntese, a revisão bibliográfica indica que se faz necessário refletir sobre a redução dos potenciais cuidadores, gerada por uma série de fatores discutidos, e pensar na qualidade de vida como um aspecto muito importante para evitar que o envelhecimento se torne um problema. Políticas públicas preventivas são

necessárias para que, com o aumento do contingente de idosos, não aumentem também na mesma velocidade os que são dependentes de auxílio. Cultivar a idéia do envelhecimento ativo é de extrema importância para que no futuro, não tenhamos uma geração onde a maioria dos idosos são doentes e carentes de assistência.

Um dos custos adicionais do Brasil ter uma transição demográfica tão rápida é a sobrevivência do idoso com perfis simultâneos das duas fases da transição epidemiológica: as doenças infecciosas e as degenerativas. Ambas precisam ser alvos de políticas públicas de saúde com enfoque, principalmente, nas políticas preventivas.

Do ponto de vista do cuidador, as mulheres foram, e ao que parece continuarão sendo, a figura principal que desempenha este papel. Mesmo aumentando a cada dia sua participação no mercado de trabalho, ela ainda continua sendo a principal responsável pelo cuidado aos idosos.

3 METODOLOGIA

Baseada nas características destacadas na literatura, a população de possíveis cuidadores e seus diversos perfis será definida para o Brasil no ano 2000. Serão utilizados métodos quantitativos e qualitativos para descrever melhor este grupo, sendo as fontes, o Censo Demográfico de 2000 e a coleta de dados de pesquisa qualitativa respectivamente.

Neste ponto, é necessário definir dois conceitos importantes para este estudo:

- (1) *Idoso potencialmente demandador de assistência (IPDA)*: são os indivíduos com mais de 60 anos, residentes em domicílios particulares permanentes, que são declarados com algum grau de qualquer uma das deficiências ou incapacidades enumeradas pelo censo. Neste conjunto se inclui toda a população de 80 anos e mais, uma vez que, para o Ministério da Saúde, ter 80 anos de vida, já é um fator de risco.
- (2) *Os potenciais cuidadores informais (PCI)*: são os indivíduos entre 18 e 79 anos que não são declarados com algum tipo de deficiência ou incapacidade, e que moram no mesmo domicílio onde existe um IPDA.

As incapacidades enumeradas pelo censo são: problema mental permanente, paralisia permanente total ou parcial, falta de uma perna, braço, mão, pé ou dedo polegar, tem dificuldade permanente de enxergar, de ouvir, e/ou de caminhar/subir escadas.

Existem muitas discussões sobre a maneira de tratar as perguntas sobre incapacidade, e sua eficácia, uma vez que não são, necessariamente, perguntas autodeclaradas no censo (Medeiros e Diniz, 2004). No entanto, este trabalho não entrará nesta discussão. A utilização do Censo de 2000 para obter uma aproximação do volume de IPDA, encontra apoio nos achados destes autores, que sustentam ser, este censo, relativamente confiável, em relação a levantamentos anteriores que utilizam questões de incapacidade.

3.1 Mapeamento dos dados disponíveis

O primeiro passo é um mapeamento do Censo Demográfico de 2000, utilizando todos os domicílios que possuem pelo menos um IPDA. Dentro dos domicílios selecionados, foram coletadas as informações de todos os indivíduos que nele vivem e como uma primeira tentativa de definir o universo dos potencialmente responsáveis pelo cuidado do idoso necessitado.

3.1.1 Variáveis utilizadas

Para conhecer melhor o domicílio foram utilizadas as questões existentes no censo sobre região geográfica em que se localizam - Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste -, número de pessoas residentes no domicílio e duas variáveis criadas para facilitar a classificação do indivíduo dentro do domicílio: se tem ou não mais de 60 anos e se é ou não uma pessoa que é declarada portadora de pelo menos uma incapacidade ou deficiência.

A análise do grupo IPDA utilizará as variáveis mostradas no QUADRO 1 e suas respectivas categorias.

Para o estudo do grupo PCI, além das variáveis de 4 a 8 do QUADRO 1, foram utilizadas as do QUADRO 2.

Quadro 1 – Variáveis relacionadas ao grupo dos IPDA, Brasil 2000

	Variável	Categorias
1	Faixa etária (em anos)	60 a 64 65 a 69 70 a 74 75 a 79 80 e mais
2	Sexo	Homem Mulher
3	Relação com o responsável pelo domicílio	Pessoa responsável Cônjuge, companheiro (a) Filho (a), enteado (a) Pai, mãe, sogro (a) Neto (a), bisneto (a) Irmão, Irmã Outro parente Agregado
4	Problema mental permanente	Sim Não
5	Capacidade de enxergar	Incapaz Grande dificuldade permanente Alguma dificuldade permanente Nenhuma dificuldade
6	Capacidade de ouvir	Incapaz Grande dificuldade permanente Alguma dificuldade permanente Nenhuma dificuldade
7	Capacidade de caminhar/subir escadas	Incapaz Grande dificuldade permanente Alguma dificuldade permanente Nenhuma dificuldade
8	Deficiências	Paralisia permanente total Paralisia permanente das pernas Paralisia permanente de um dos lados do corpo Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar Nenhuma das enumeradas
9	Estado conjugal	Casado (a) ou unido (a) Separado (a) Viúvo (a) Solteiro (a)
10	Filhos tidos nascidos vivos	Para mulheres maiores de 10 anos
11	Filhos sobreviventes	Para as mulheres maiores de 10 anos que já tiveram filhos
12	Tipos de família	Sozinho Casal sem filhos Casal com filhos Responsável com filhos Casal com filhos e/ou outros Responsável com filhos e/ou outros

Fonte: Questionário do Censo Demográfico de 2000

Quadro 2 -Variáveis relacionadas ao grupo dos PCI, Brasil 2000

	Variável	Categorias
1	Faixa etária (em anos)	18 a 24 25 a 29 30 a 34 35 a 39 40 a 44 45 a 49 50 a 54 55 a 59 60 a 64 65 a 69 70 a 74 75 a 79
2	Sexo	Homem Mulher
3	Situação de domicílio	Urbano Rural
4	Relação com o responsável pelo domicílio	Pessoa responsável Cônjuge, companheiro (a) Filho (a), enteado (a) Pai, mãe, sogro (a) Neto (a), bisneto (a) Irmão, Irmã Outro parente Agregado
5	PEA	Sim Não
6	Anos de estudo	Em anos simples até o grupo aberto 17 anos e mais
7	Estado conjugal	Casado (a) ou unido (a) Separado (a) Viúvo (a) Solteiro (a)

Fonte: Questionário do Censo Demográfico de 2000

Foi utilizada também a variável renda per capita que é a divisão da renda total do domicílio pelo total de moradores deste mesmo domicílio, ela foi utilizada em cortes de decis de renda.

3.2 A Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa ajuda a delimitar melhor o perfil do cuidador, com a finalidade de identificar mais precisamente as características individuais e familiares dele. A entrevista em profundidade foi utilizada por ser capaz de captar dentro dos domicílios, as características dos indivíduos cuidadores e a trajetória

que os levou a assumir essa responsabilidade. As questões abordadas dizem respeito a comportamento, crenças, opiniões e sentimentos.

Segundo Britten (2006), a entrevista qualitativa tenta ir além da superfície dos tópicos a serem discutidos, ela explora o máximo de detalhes possíveis e chega a discutir questões que não foram previamente levantadas no planejamento do roteiro de pesquisa. São mais interativas e sensíveis ao estilo de linguagem dos entrevistados. O roteiro possui os tópicos a serem abordados, mas a maneira como serão colocadas as questões dependerá da compreensão do entrevistado.

Mais precisamente, neste trabalho foi utilizada a entrevista semi-estruturada que é definida da seguinte maneira

“São conduzidas com base numa estrutura solta, que consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e onde o entrevistador e o entrevistado podem divergir, a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes” (Britten, 2006, p.13).

A trajetória de cuidado é variável importante para inferir sobre o perfil não só dos atuais como também dos futuros cuidadores. Portanto, a aplicação das entrevistas em profundidade é a ferramenta mais indicada para investigar em profundidade o perfil dos indivíduos, o que não é possível captar através do censo.

As entrevistas qualitativas não podem ser generalizadas para todo o universo, ao contrário de resultados quantitativos, mas foram utilizadas aqui para avaliar o comportamento de pessoas em diferentes regiões do país que passam por diferentes estágios da transição demográfica. Buscou-se pessoas com diferentes formações profissionais e situação socioeconômica para verificar se estas se comportavam de maneira diferente umas das outras.

As entrevistas são parte de um projeto sobre a *“Vulnerabilidade das mulheres que saem do período reprodutivo no contexto da rápida transição demográfica brasileira”*⁷. O roteiro, em anexo, aborda questões como características sócio-

⁷ A pesquisa tem por objetivo conhecer melhor as experiências pelas quais as mulheres passaram ao longo de suas vidas, no que se refere às suas experiências de nupcialidade, experiências sexuais, reprodutivas e de saúde. Projeto financiado pelo CNPq e coordenado pela professora

demográficas, relação com o idoso que recebe o cuidado, questões de saúde e expectativas para o futuro. Para essa pesquisa foram realizadas entrevistas com mulheres entre 40 e 59 anos em estados representativos de dois grandes agrupamentos de regiões brasileiras, que representam estágios mais e menos avançados da transição demográfica.

Tendo em vista que os cuidadores não são apenas estas mulheres pertencentes ao universo da pesquisa, ela também será aplicada parcialmente (abordando apenas questões relevantes para conhecer o perfil do cuidador) entre outros indivíduos que sejam cuidadores informais, independentes do sexo e idade do indivíduo.

3.2.1 Fonte de dados

O marco conceitual que interessa tanto ao projeto de Vulnerabilidade quanto a este trabalho, é a busca de regiões em diferentes estágios do processo de Transição Demográfica. Para delimitar estas regiões, foi utilizado o método Grade of Membership (GoM) que consiste em uma metodologia estatística utilizada para delinear perfis a partir de uma base de dados heterogênea, multidimensional, permitindo identificar grupos (clusters) e descrever as diferenças entre os mesmos (Machado, 1997; Woodbury, 1989). Diferentemente da maioria dos métodos estatísticos de análise de cluster, o GoM não considera que pessoas e objetos são organizados em conjuntos bem definidos. Um mesmo indivíduo (ou observação) pode ter certo grau de pertinência a múltiplos grupos e, dado esta propriedade, o modelo é também chamado de modelo de conjuntos nebulosos (Sawyer, 2000; Machado, 1997).

Aplicado ao problema deste trabalho, o GoM auxiliou no delineamento do trabalho de campo, separando as Unidades da Federação em dois grupos, de acordo com características socioeconômicas e demográficas da população: os estados do Norte, Norte e Centro-Oeste (com exceção do Distrito Federal) e os estados do Sul e Sudeste e o Distrito Federal.

Com este resultado, partiu-se para a escolha das duas regiões da cada perfil. Utilizando o Censo Demográfico de 2000, foi feito um mapeamento das microrregiões (subdivisões das unidades da federação) de cada uma das Unidades da Federação. A escolha respeitou tanto os resultados do mapeamento quanto aspectos de viabilidade de acesso. Os estados foram Pernambuco, Paraíba, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Os municípios dentro de cada Unidade da Federação foram escolhidos dentro do universo delimitado pela modelagem estatística.

Selecionadas às cidades que fizeram parte do estudo, o passo seguinte foi encontrar, dentro de cada localidade, as pessoas com o perfil desejado. No caso de Recife, João Pessoa e Santa Rita, buscou-se um perfil mais pobre e de baixa escolaridade. Em Porto Alegre, o perfil utilizado tem melhores condições socioeconômicas e mais escolarizadas. As pesquisas realizadas em Belo Horizonte têm características dos dois perfis.

Recrutados os participantes, as duas entrevistadoras⁸, individualmente, explicam o processo da entrevista e que esta seria gravada e qualquer desconforto poderia ser comunicado a qualquer momento. Com as entrevistas prontas, iniciou-se a transcrição, que no caso das utilizadas para este trabalho, foram feitas pela própria autora.

3.3 Cenários futuros da oferta e demanda de cuidadores

A última fase do trabalho foi integrar os enfoques quantitativos e qualitativos afim de, como foi dito, construir os cenários futuros para estimar a composição e volume dos grupos de IPDA e PCI.

Bryman (1992) identifica onze maneiras diferentes de integrar a pesquisa qualitativa e a quantitativa. No caso desse estudo, duas dessas idéias são as mais utilizadas. A primeira é que, a pesquisa qualitativa pode dar um suporte à pesquisa quantitativa e vice-versa; a segunda é que, ambas combinadas podem

⁸ Recrutamento feito por Geovane C. Máximo. Entrevistas realizadas por Marisol Alfonso Armas e a autora desde trabalho.

produzir um panorama maior sobre o tema a ser explorado. A intenção deste trabalho é ter o máximo de características possíveis do cuidador, utilizando-se de ambos os métodos para extrair um perfil que seja o mais completo possível.

Foram utilizadas, para a construção dos cenários, projeções disponibilizadas pelo CEDEPLAR/UFMG, e delas foram recortados os indivíduos que se encaixam nos perfis encontrados nas duas primeiras partes do trabalho: o mapeamento do censo e a pesquisa qualitativa.

Uma comparação do tamanho do grupo de cuidadores no futuro e também do tamanho do grupo de idosos, nos darão uma idéia de como esses dois grupos deverão interagir nos próximos anos.

3.3.1 Cenários da demanda de cuidadores informais

Para o desenho do cenário sobre os IPDA, existem várias teorias que apontam para diferentes caminhos que este grupo deve tomar. Uma visão considerada pessimista é a de Kramer (1980) que sugere que na falta de técnicas para reduzir a incidência de vários tipos de doenças, a prevalência continuará aumentando, uma vez que as pessoas sobrevivem mais tempo – já que o tratamento para muitas doenças permite uma vida longa, mesmo sendo portadores de algum problema de saúde – aumentando assim a taxa de prevalência na população. Este viver mais pode não indicar uma vida independente, daí o papel do cuidador se torna importante. Fries (1988) tem uma visão otimista que é a compressão da morbidade, onde a incapacidade é adiada para os últimos anos de vida, ou seja, o indivíduo vive mais tempo livre de incapacidade.

Para a construção dos cenários de demanda, utilizou-se a visão otimista e uma que chamamos de constante. A visão constante considera que não haverá mudança na proporção de IPDA, ou seja, a mesma proporção encontrada para o ano de 2000 por sexo e faixa etária será aplicada nas projeções de população para os anos seguintes. A visão otimista supõe uma redução na proporção de incapacitados nas primeiras faixas etárias fazendo com que esta incapacidade apareça em idades mais avançadas.

3.3.2 Cenário da oferta de cuidadores informais

O ponto de partida do desenho do cenário do grupo de PCI sai do mapeamento mostrado na primeira parte deste trabalho, onde foram separados todos os indivíduos entre 18 e 79 anos e sem nenhum tipo de incapacidade e que morassem com pelo menos uma pessoa no domicílio definida como IPDA.

Mesmo sabendo que muitas pessoas são cuidadas por outras que podem, por sua vez, ser ou não doentes, o objetivo deste trabalho é mapear o tamanho do grupo das pessoas que teriam plena condição de exercer essa função.

Como é de se esperar, alguns domicílios tem vários indivíduos que se encaixam no perfil de PCI, e o que é feito nesta etapa do trabalho é selecionar apenas aquele que será o potencial cuidador informal principal - PCIP. A opção de seleção de apenas um membro do domicílio obedece a razões operacionais. Como na realidade, mais de uma pessoa pode ser cuidadora de um idoso incapacitado, o fato de identificar aquele que poderia ser o cuidador principal, facilita a quantificação e evolução do provável universo de cuidadores. Adicionalmente, a opção por um cuidador principal, foi resultado da pesquisa qualitativa, que mostra que, mesmo tendo várias opções de cuidadores dentro do domicílio, apenas um assume a responsabilidade principal e mais importante.

Para isso, primeiramente os IPDA foram classificados quanto a sua condição no domicílio. A escolha do cuidador principal foi realizada de acordo com a relação do IPDA com o chefe do domicílio, informação que conseguimos através do censo. A FIG. 1 mostra todo o processo realizado para selecionar os cuidadores quando o IPDA é o próprio chefe do domicílio, os outros casos estão apresentados no ANEXO 1.

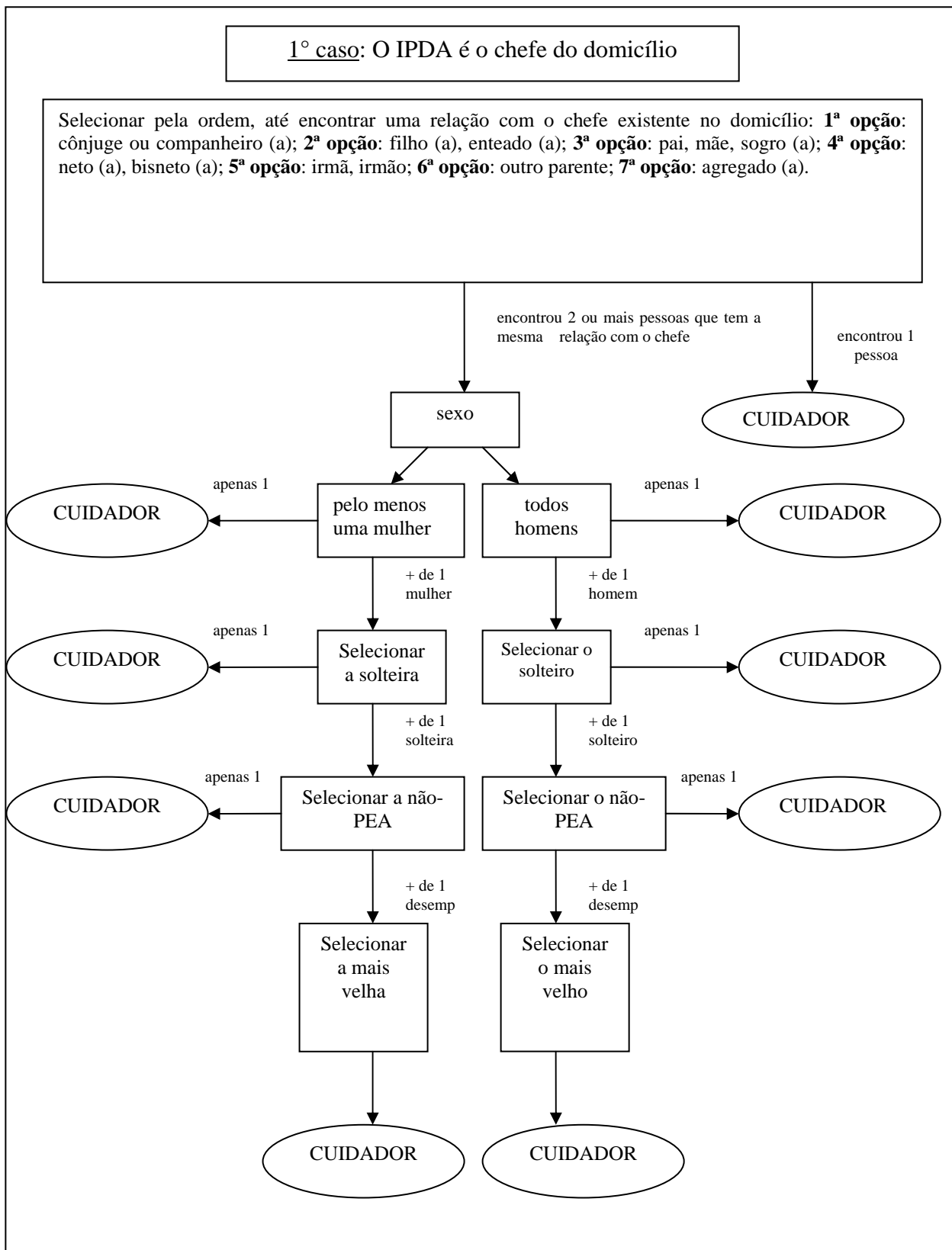
Dentro de cada domicílio investigou-se desde a relação familiar mais próxima e provável⁹ até a menos próxima e pouco provável, que irá acontecer na falta de

⁹ Por exemplo, no caso do IPDA ser o chefe o mais provável cuidador é o cônjuge ou companheiro (a), na falta deste seguimos para os filhos sendo que a preferência é por mulheres. No caso de haver mais de uma filha, passa-se para o próximo critério e assim por diante. Não tendo mulheres seleciona-se entre os homens o cuidador e segue da mesma maneira.

todas as outras. Quando sobram duas ou mais pessoas com a mesma característica, os critérios de seleção vão seguindo o diagrama, até se obter apenas uma pessoa. É importante salientar que a escolha dos indivíduos que acabam tendo a responsabilidade de cuidar, foi feita com base nas informações colhidas, principalmente, através de pesquisa qualitativa.

Uma vez selecionado um indivíduo por domicílio é possível analisar o tamanho do grupo de cuidadores, segundo sexo e idade, e compará-lo com o grupo de IPDA. Foram calculadas assim, as proporções de cuidadores por faixa etária e sexo, que serviram como parâmetros para a construção do cenário para os anos de 2005, 2010 e 2015.

FIGURA 1 - Processo de seleção do cuidador principal quando o IPDA é o chefe do domicílio



4 PERFIL DOS IDOSOS POTENCIALMENTE DEMANDADORES DE ASSISTÊNCIA – IPDA E DOS POTENCIAIS CUIDADORES INFORMAIS - PCI

Este capítulo faz uma análise mais aprofundada dos IPDA e PCI retirados do Censo Demográfico de 2000. Na primeira parte é apresentada uma descrição dos domicílios que tem pelo menos um IPDA. O objetivo é comparar as características deste grupo com as da população como um todo, e verificar se a composição do grupo IPDA é diferenciada. Em seguida é feita uma descrição desse grupo de IPDA, uma análise de suas incapacidades e algumas considerações sobre as mulheres pertencentes ao grupo. A terceira parte é dedicada aos PCI, com uma análise das características gerais, de instrução, nupcialidade, trabalho e rendimento.

4.1 Domicílios investigados

Foram analisados mais de 6,3 milhões de domicílios particulares permanentes (14,2% dos mais de 44 milhões de domicílios particulares permanentes contabilizados pelo Censo Demográfico de 2000) que possuem pelo menos um IPDA. A TAB.2 mostra a distribuição dos domicílios estudados de acordo com a divisão por Grandes Regiões do Brasil.

TABELA 2 – Número de domicílios particulares permanentes com pelo menos um IPDA e total de domicílios nas Grandes Regiões, Brasil 2000

Regiões	Domicílios com IPDA	Domicílios totais (%)	Total de domicílios da região que são IPDA (%)
Norte	5,6	6,3	12,7
Nordeste	31,5	25,5	17,6
Sudeste	41,9	45,1	13,2
Sul	15,6	16,1	13,8
Centro Oeste	5,5	7,0	11,0
Total	6.375.688	44.776.740	14,2

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

A maior parte dos domicílios com pelo menos um IPDA se concentra na região Sudeste, onde também está a maior concentração de domicílios particulares permanentes totais no Brasil, como mostram as duas primeiras colunas da TAB.2. Note-se, no entanto, o fato do Nordeste ter acentuadamente, maior proporção de domicílios IPDA em relação ao total de domicílios da região (17,6%). Esse achado é particularmente interessante, uma vez que espera-se uma maior concentração dos domicílios com IPDA nas regiões Sul e Sudeste, que são mais envelhecidas. A explicação para esta discrepância estaria na associação entre prevalência da incapacidade e condições de vida. Aceitando que o Nordeste apresenta pior desempenho nos indicadores sociais, os dados desta tabela seriam, conseqüentemente, coerentes.

Dentro destes domicílios selecionados, residem cerca de 22 milhões de pessoas (13,2% da população total que vivia em domicílios particulares permanentes recenseada em 2000) classificadas da seguinte maneira:

TABELA 3 – Situação dos indivíduos que moram em domicílios com IPDA segundo declaração de deficiência/incapacidade e ter ou não mais de 60 anos, Brasil 2000

Tem 60 anos e mais?				
		Não	Sim	Total
Declarou alguma deficiência/incapacidade	Não	49,8% (11.051.887)	5,5% (1.218.193)	55,3% (12.270.080)
	Sim	10,3% (2.290.572)	34,4%* (7.631.427)	44,7% (9.921.999)
		60,1%	39,9%	100%
	Total	(13.342.459)	(8.849.620)	(22.192.079)

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* Neste grupo estão incluídos os indivíduos maiores de 80 anos mesmo que não tenham declarado nenhuma deficiência/incapacidade

Na TAB.3 estão separados os indivíduos que declaram serem portadores de algum tipo de deficiência/incapacidade e se tem ou não 60 anos e mais. 34,4% (pouco mais de 7,6 milhões) dos indivíduos quem vivem nos domicílios selecionados têm 60 anos ou mais e tem, de acordo com definição, necessidade de cuidado, são os IPDA.

Das pessoas que não necessitam de cuidado, cerca de 12 milhões, considera-se que apenas os maiores de 18 anos estarão habilitados para serem cuidadores. Os maiores de 80 anos também não estão habilitados para serem cuidadores, e estão todos alocados na linha dos que declararam alguma deficiência ou incapacidade e são maiores de 60 anos. Sendo assim, 8.015.570 (36,1% do total de pessoas estudadas) são os potenciais cuidadores a serem investigados neste trabalho. Uma primeira aproximação à relação oferta/demanda de cuidado indica que há praticamente um potencial cuidador para cada idoso que precisa de assistência.

4.1.1 As incapacidades dos Idosos potencialmente demandadores de assistência

Sobre os IPDA, é importante saber o grau de sua incapacidade: 7,1% deles sofrem de problema mental permanente. Sobre a capacidade de enxergar, de ouvir, de caminhar / subir escadas os resultados são mostrados na TAB.4. Praticamente 2/3 dos idosos tem pelo menos alguma dificuldade de enxergar. 66,4% dos idosos alegaram não ter nenhuma dificuldade para ouvir. Quase metade dos idosos tem alguma, grande ou incapacidade total de caminhar/ subir escadas.

TABELA 4 – Capacidade para enxergar, ouvir e caminhar/subir escadas dos IPDA (%), Brasil 2000

	Enxergar	Ouvir	Caminhar/subir escadas
Incapaz	1,2	0,5	3,2
Grande dificuldade permanente	13,6	6,3	12,8
Alguma dificuldade permanente	49,2	26,5	32,8
Nenhuma dificuldade	35,7	66,4	51,0
Ignorado	0,4	0,4	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

É possível que uma mesma pessoa se enquadre na categoria incapaz de enxergar, mas não tenha nenhuma dificuldade em ouvir, por exemplo. Daí a lógica de aparecer a categoria “Nenhuma dificuldade” dentro do grupo IPDA –

que, por construção, diz que o indivíduo tem pelo menos uma incapacidade em qualquer grau.

O que a TAB. 4 indica, se considerados os três primeiros níveis de incapacidade (incapaz, grande e alguma dificuldade), é que praticamente metade deste universo declara ter pelo menos um tipo de dificuldade permanente. Com todas as limitações do caso, isso já é um indicador importante de demanda por assistência.

Dependendo do grau de dificuldade do idoso, o grau de dedicação do cuidador deverá ser maior ou menor. Acredita-se que quanto mais velho, maiores serão as dificuldades. Deve-se lembrar também, que nesta tabela não estão descritos os idosos com mais de 80 anos que também necessitam de cuidados, mas não alegaram incapacidade de enxergar, ouvir ou caminhar/subir escadas.

TABELA 5 – Tipos de deficiência dos IPDA (%), Brasil 2000

Deficiência	%
Paralisia permanente total	0,4
Paralisia permanente de pernas	1,5
Paralisia permanente de um dos lados do corpo	2,5
Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar	1,5
Nenhuma das enumeradas	93,9
Ignorado	0,2
Total	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

A TAB.5 mostra a incapacidade desde o ângulo da mobilidade. 6% dos indivíduos têm algum tipo de deficiência dentre as enumeradas pelo censo.

4.2 Algumas características dos idosos potencialmente demandadores de assistência

A distribuição por faixa etária e sexo dos IPDA apresenta-se na TAB. 6. Em todas as idades, as mulheres são a maioria dos IPDA, assim como são também na composição da população total. Com as razões de sexo apresentadas nas duas últimas colunas, é possível perceber que a o número de homens para cada 100 mulheres vai caindo, tanto quando avaliamos o grupo IPDA quanto na avaliação

de toda a população. A diferença entre homens e mulheres, como se sabe, é a sobremortalidade masculina. Nota-se, no entanto, que a razão de sexo por idade é sistematicamente menor nos domicílios com IPDA, denotando que, neste grupo, ou existe uma presença maior de mulheres ou uma maior mortalidade dos homens ou ambas as características simultaneamente.

TABELA 6 – IPDA por idade e sexo e razão de sexo dos IPDA e da população total residentes em domicílios particulares permanentes, Brasil 2000

Faixa etária	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)	Razão de sexo (IPDA)	Razão de sexo (total)
60 a 64 anos	11,0	13,1	24,0	84,0	87,4
65 a 69 anos	9,4	11,5	20,9	81,7	83,4
70 a 74 anos	8,2	10,2	18,5	80,4	81,4
75 a 79 anos	6,0	7,6	13,7	78,9	78,7
80 anos e mais	9,1	13,8	22,9	65,9	66,0
Total	43,7	56,3	100,0	77,6	81,4

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Na TAB. 7 os IPDA estão separados de acordo com sua posição no domicílio. 62,7% são pessoas responsáveis (nota-se que mesmo com algum problema o IPDA pode se manter chefe). As outras opções mais freqüentes são cônjuge ou companheiro (a) do chefe e pai, mãe, sogro (a) do chefe. Estes três casos somam 94,8% do total de IPDA.

TABELA 7 – IPDA e população total maior de 60 anos, residentes em domicílios particulares permanentes, em relação ao responsável pelo domicílio, Brasil 2000

Posição no domicílio	Domicílios com IPDA (%)	Total de domicílios (%)
Pessoa responsável	62,7	62,7
Cônjuge, companheiro (a)	19,4	22,6
Filho (a), enteado (a)	0,5	0,6
Pai, mãe, sogro (a)	12,7	10,1
Irmão, Irmã	1,7	1,6
Outro parente	2,4	1,9
Agregado (a)	0,5	0,4
Total	100,0	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Na população total maior de 60 anos, a tendência é a mesma da população IPDA: 62,7% são chefes, 22,6% são cônjuges e 10,1% são pai, mãe, sogro (a) do chefe, somando assim 95,4% do total de pessoas maiores de 60 anos.

Camarano et al (2004), discute uma maneira indireta de mensurar a dependência do idoso em relação a sua família. As autoras utilizam a idéia de que se existe proporção significativa de idosos classificados como pai, mãe, sogro (a), irmão, irmã, outro parente ou agregado, isso já é um sinal de dependência. Com os dados da TAB. 7 é possível perceber que estas quatro classificações, entre os IPDA, somam 17,3%. Esse percentual é bastante significativo e está indicando que 1/5 dos IPDA, já estão vivendo com seus parentes. Na população como um todo, este percentual é ligeiramente menor, uma vez que, neste grupo, estão todas as pessoas com mais de 60 anos – dependentes ou não.

Os arranjos dos domicílios com pelo menos um IPDA e dos domicílios totais, estão mostrados na TAB. 8. Em 14,5% dos domicílios com IPDA, vivem pessoas sozinhas. Como o critério de seleção de domicílio é o fato de ter um ou mais IPDA, conclui-se que em 14,5% dos domicílios viveriam pessoas que não tem apoio dentro do próprio domicílio.

TABELA 8 – Domicílios particulares permanentes com pelo menos um IPDA e todos os domicílios particulares permanentes segundo os arranjos domiciliares, Brasil 2000

Arranjos domiciliares	Domicílios com IPDA (%)	Total de domicílios (%)
Sozinho	14,5	8,9
Casal sem filhos	15,2	10,6
Casal com filhos	15,3	47,8
Responsável com filhos	8,7	10,1
Casal com filhos e/ou outros	24,8	12,8
Responsável com filhos e/ou outros	21,5	9,9

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Domicílios unipessoais no total da população são 8,9%, um valor inferior ao encontrado nos domicílio com IPDA. Uma explicação para os domicílios com IPDA terem uma porcentagem maior de unipessoais que os domicílios totais, é o fato de serem domicílios mais envelhecidos e por isso, tem maior chance de que

os filhos já tenham saído para compor sua própria família. A média de pessoas em todos os domicílios é de 3,76 enquanto que nos domicílios com IPDA é de 3,48 pessoas.

Casal sem filhos são 15,2% dos domicílios com IPDA, o que significa que pode haver um cônjuge cuidando do outro, ou os dois com alguma necessidade. Entre os domicílios totais, como é de se esperar, 47,8% são de casais com filho. Esse é o grande diferencial entre os dois universos que estão sendo comparados, nos de domicílios com IPDA, o arranjo casal com filhos não é tão significativo.

O estado conjugal dos homens e mulheres IPDA e da população total maior de 60 anos, está apresentado na TAB. 9. As mulheres IPDA são em sua maioria viúvas, e, portanto podem depender mais de seus filhos ou outros parentes. Os homens são em maioria casados, o que os possibilita ter o auxílio da esposa.

TABELA 9 – Estado civil dos IPDA e da população total maior de 60 anos, Brasil 2000

Estado civil	IPDA (%)	Total de 60 anos e mais (%)
	Homem	
Casado	74,0	76,6
Separado	3,9	4,6
Viúvo	14,9	12,3
Solteiro	7,2	6,5
Total	100,0	100,0
	Mulher	
Casada	36,7	42,9
Separada	3,5	4,1
Viúva	46,4	40,8
Solteira	13,4	12,2
Total	100,0	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Ao que parece, entre os IPDA, a prevalência de sem-companheiros é maior do que na população total maior de 60 anos. Isto é bem mais acentuado entre as mulheres: 63,4% das IPDA e 57,2% entre todas as mulheres maiores de 60 anos estão sem companheiros. Entre os homens estes valores são de 25,9% e 23,4% entre os IPDA e entre os maiores de 60 anos, respectivamente. Como, provavelmente, o fator que mais influencia o estado conjugal nessas idades é a

mortalidade – considerando que a incidência de mortalidade é maior entre a população IPDA -, os dados se mostram coerentes. Neste ponto, é importante frisar uma associação entre piores condições de vida, maior mortalidade e maior proporções de IPDA.

4.2.1 Sobre a fecundidade mulheres do grupo de idosos potencialmente demandadores de assistência

Este grupo de mulheres será investigado, pois, acredita-se que ter tido filhos, aumenta a rede de relacionamento do indivíduo, aumentando também sua possibilidade de ter um cuidado informal. São 4 milhões de mulheres, 19,3% de todas as pessoas dos domicílios analisados e 54,2% do total de mulheres maiores de 60 anos.

Quanto ao número médio de filhos tidos nascidos vivos e de filhos sobreviventes, mostrados na TAB.10, percebe-se uma média maior entre as IPDA em relação ao grupo todo. O número médio de filhos sobreviventes também vai diminuindo quanto mais velha for a mulher.

TABELA 10 – Total de mulheres por filhos nascidos vivos e filhos sobreviventes por faixa etária das mulheres IPDA e das mulheres maiores de 60 anos, Brasil 2000

Faixa etária		60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 e mais	Total
Nº médio de filhos tidos	IPDA	5,6	5,8	5,8	5,8	5,5	5,7
	Total	5,1	5,3	5,4	5,5	5,5	5,3
Nº médio de filhos sobreviventes	IPDA	5,1	5,2	5,1	5,0	4,7	5,0
	Total	4,8	4,9	4,9	4,9	4,7	4,8
Proporção de filhos sobreviventes (%)	IPDA	91,1	89,7	88,0	86,6	85,2	88,2
	Total	94,1	92,5	90,9	89,0	85,2	91,1

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Se levarmos em consideração que os erros de declaração não são diferentes nesses dois grupos, e os filhos são uma fonte importante de potenciais cuidadores, pode-se argumentar que, em princípio, os IPDA teriam um pouco mais de PCI que a população total maior de 60 anos. Mas o que chama mais a atenção, é que a mortalidade desses filhos de IPDA também é mais alta.

Observando a proporção de filhos sobreviventes há uma diferença razoável entre os dois grupos analisados, com ligeira desvantagem para os IPDA.

Esse resultado pode significar, pelo menos, duas coisas: a primeira é que, considerando que mortalidade está associada à piores condições de vida, os resultados sobre os IPDA parecem confiáveis, uma vez que se sabe também que, a incapacidade está associada à piores condições de vida.

Um segundo ponto é que, se num primeiro momento pode-se pensar numa certa “vantagem” dos IPDA por terem uma rede familiar mais numerosa, uma vez que nasceram mais filhos, ao observar a proporção de filhos sobreviventes, esta “vantagem” diminui, em consequência dos efeitos da mortalidade.

4.3 Potenciais cuidadores informais

Tendo delimitado quem serão os potenciais cuidadores - 8.015.570 pessoas entre 18 e 79 anos que não declararam ser portadores de qualquer incapacidade física ou mental e que moram nos domicílios particulares permanentes com pelo menos um IPDA -, daqui em diante serão apresentadas algumas análises desse grupo para conhecer melhor sua composição. É importante destacar que, adotando a estratégia de encontrar o PCI, é provável que apareçam mais de um potencial cuidador dentro de um mesmo domicílio. A escolha por qual pessoa tem a maior probabilidade de ser o cuidador, será feita, em parte, a partir dos resultados da análise qualitativa.

Antes de caracterizar os PCI, deve-se lembrar que o perfil deste grupo populacional está, em grande parte, determinado pela composição da população total. 81% dos PCI vivem na área urbana e 19% na área rural. Quanto ao sexo 47,9% são homens e 52,1% são mulheres. A TAB. 11 apresenta a faixa etária separada por sexo dos indivíduos e a razão de sexo dos PCI e de todas as pessoas entre 18 e 79 anos.

TABELA 11 – PCI por idade e sexo e razão de sexo dos PCI e da população total de 18 a 79 anos residentes em domicílios particulares permanentes, Brasil 2000, Brasil 2000*

	Homem(%)	Mulher (%)	Total (%)	Razão de sexo (PCI)	Razão de sexo (total)
18 a 24 anos	13,8	11,3	25,1	122,1	99,4
25 a 29 anos	7,2	6,0	13,2	120,0	96,2
30 a 34 anos	6,1	5,6	11,6	108,9	94,9
35 a 39 anos	5,2	5,1	10,3	102,0	94,0
40 a 44 anos	3,8	4,1	8,0	92,7	93,7
45 a 49 anos	2,6	3,4	6,0	76,5	93,1
50 a 54 anos	2,0	3,4	5,4	58,8	93,0
55 a 59 anos	1,5	3,7	5,2	40,5	90,1
60 a 64 anos	1,7	3,7	5,5	45,9	87,4
65 a 69 anos	1,8	2,7	4,5	66,7	83,4
70 a 74 anos	1,4	1,9	3,3	73,7	81,4
75 a 79 anos	0,8	1,1	1,9	72,7	78,7
Total	47,9	52,1	100,0	91,9	93,9

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

A maior concentração de PCI está na primeira faixa etária, 25,1% do total (destes 13,8% homens e 11,3% mulheres). O grupo das mulheres, comparativamente aos homens é maioria em todas as faixas etárias depois dos 40 anos. Isso é possível notar quando se analisa a razão de sexo depois de 40 anos, ela vai diminuindo, o que significa que temos cada vez menos homens para cada 100 mulheres, demonstrando a predominância acentuada do sexo feminino como potencial cuidador. No grupo etário de 55 a 59 anos chega-se a 40,5 homens para cada 100 mulheres. Na população total a diferença não é tão marcante, ficando com proporções de no mínimo 81 homens para cada 100 mulheres.

Nos primeiros grupos etários de PCI, a razão de sexo é superior a 100, o que é um indício de predominância, em potencial, dos cuidadores homens nas primeiras idades e das mulheres mais para o final. Este diferencial, sobretudo nas primeiras idades, que merece mais atenção, não será abordado neste trabalho.

A relação com o responsável pelo domicílio está configurada da seguinte maneira: a maioria deles (48,9%) são filhos ou enteados do chefe do domicílio - que pode ser tanto o idoso que necessita de cuidado quanto outra pessoa sem essas necessidades. Mas de fato, as chances de que o chefe seja um IPDA são altas.

Na TAB. 7 foi mostrado que 62,7% dos IPDA são os chefes dos domicílios estudados.

No caso de ser cônjuge ou companheiro (a) da pessoa responsável, existe a possibilidade do chefe ser um idoso, mesmo IPDA, e este parceiro ser uma mulher também já idosa. 18,4% dos PCI estão inseridos nessa categoria sendo que as mulheres são maioria absoluta, 17,6%. É importante salientar nesta TAB.12 que, mais da metade dos PCI são mulheres e destas, 75,6% são cônjuges ou filhas.

TABELA 12 – Relação do PCI com o responsável pelo domicílio segundo o sexo, Brasil 2000*

	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Pessoa responsável	11,6	4,0	15,6
Cônjuge, companheiro (a)	0,8	17,6	18,4
Filho (a), enteado (a)	27,1	21,8	48,9
Pai, mãe, sogro (a)	0,2	0,5	0,7
Neto (a), bisneto (a)	3,1	2,1	5,2
Irmão, irmã	1,0	1,1	2,1
Outro parente	3,7	3,7	7,4
Agregado (a)	0,4	1,3	1,7
Total	47,9	52,1	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

Se esta informação for classificada em grupos etários decenais e for verificada esta relação dos PCI com a pessoa responsável pelo domicílio, observa-se na TAB.13 que, 24,1 % dos homens são os responsáveis pelo domicílio e a contribuição a este percentual vai aumentado com a idade. Entre as mulheres que são PCI o valor é bem menor de responsáveis pelo domicílio, 7,8%. Os filhos (as) e enteados (as) são a maioria em ambos os grupos, 56,6% dos homens e 41,9% das mulheres.

A diferença mais expressiva entre PCI homens e mulheres é a relação de cônjuge ou companheiro (a) do responsável. Apenas 1,5% de todos os homens que são PCI são cônjuges e 34,1% de todas as mulheres que são PCI são cônjuges. Entre essas mulheres que são cônjuges, as de 50 a 69 anos somam mais da metade.

TABELA 13 – Relação do PCI com o responsável pelo domicílio segundo sexo e faixa etária, Brasil 2000*

Relação com o responsável pelo domicílio	Homem						Total
	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	
Pessoa responsável	1,4	3,8	4,7	4,2	6,0	4,0	24,1
Cônjuge, companheiro (a)	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	1,5
Filho (a), enteado (a)	31,8	16,1	6,6	1,8	0,3	0,0	56,6
Pai, mãe, sogro (a)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Neto (a), bisneto (a)	6,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	6,5
Irmão, irmã	0,5	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1	2,1
Outro parente	3,5	2,3	1,1	0,5	0,2	0,1	7,7
Agregado (a)	0,5	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	1,3
Total	43,8	23,5	13,4	7,4	7,3	4,6	100,0
Relação com o responsável pelo domicílio	Mulher						Total
	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	
Pessoa responsável	0,4	1,2	2,0	2,1	1,5	0,6	7,8
Cônjuge, companheiro (a)	2,0	4,2	5,5	8,5	9,5	4,4	34,1
Filho (a), enteado (a)	21,3	12,4	5,7	2,0	0,4	0,0	41,9
Pai, mãe, sogro (a)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,9
Neto (a), bisneto (a)	3,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1
Irmão, irmã	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	2,2
Outro parente	4,7	1,6	0,6	0,3	0,2	0,1	7,4
Agregado (a)	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	1,5
Total	33,0	20,5	14,6	13,7	12,5	5,7	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

Esse resultado já era esperado uma vez que a literatura aponta para mulheres que cuidam de seus maridos que ainda são os responsáveis pelo domicílio, sendo eles dependentes ou não de qualquer tipo de auxílio. Em síntese, a TAB. 13 demonstra que há grande probabilidade que, nos domicílios com IPDA, o PCI seja um filho ou filha, entre 18 e 39 anos ou uma companheira entre 50 e 69 anos.

A escolaridade do cuidador pode influenciar de maneira positiva ou negativa no cuidado com os idosos. Se a pessoa estuda muito, e consideramos que esta condição lhe dá uma melhor posição no mercado de trabalho, ele pode tender a querer cuidar melhor, por ter mais instrução para aprender sobre como tratar a necessidade do idoso. Por outro lado ela também pode não querer participar do cuidado por querer se dedicar a outras coisas. Além disso, a educação costuma ser uma proxy de status sócio-econômico, maior educação pode significar maior poder aquisitivo para pagar um cuidador formal. Como será visto mais adiante, o

ideal é que exista um equilíbrio entre as necessidades do cuidador com relação a sua própria vida e suas obrigações de cuidar do idoso.

TABELA 14 – Média, desvio padrão e mediana de anos de estudo dos PCI de acordo com faixa etária e sexo, Brasil 2000*

	Homem			Mulher		
	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana
18 a 24 anos	6,64	3,70	7	7,89	3,54	8
25 a 29 anos	6,78	4,21	6	8,02	4,17	8
30 a 34 anos	6,51	4,31	6	7,77	4,39	8
35 a 39 anos	6,38	4,32	5	7,61	4,54	8
40 a 44 anos	6,17	4,39	5	7,29	4,75	7
45 a 49 anos	6,03	4,60	4	6,78	4,96	5
50 a 54 anos	5,73	4,81	4	5,77	4,88	4
55 a 59 anos	5,05	4,74	4	4,69	4,51	4
60 a 64 anos	4,28	4,37	4	4,06	4,14	3
65 a 69 anos	3,72	4,09	3	3,62	3,90	3
70 a 74 anos	3,53	4,05	3	3,53	3,84	3
75 a 79 anos	3,15	3,93	2	3,49	3,84	3

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

Na TAB. 14 é apresentada a média, o desvio padrão e a mediana de anos de estudos por faixa etária e sexo do PCI. Nas últimas idades a média é baixa uma vez que estas pessoas, em sua maioria, dedicaram um tempo muito curto à educação formal. Entre os mais jovens, a média é maior entre as mulheres, mas há que se ter cuidado com a primeira faixa etária por conter pessoas que tem maior probabilidade de ainda não terem a escolaridade completa.

O estado conjugal do PCI pode delimitar a possibilidade de exercer um cuidado informal. Os casados, por exemplo, por já terem constituído família, podem ter uma dificuldade maior de assumir esta responsabilidade; já os solteiros não têm este impedimento, mas por outro lado podem ter diminuídas as chances de constituir sua própria família ao assumir o cuidado. As mulheres acabam assumindo o cuidado de seus maridos, mas são poucos os maridos que irão assumir o cuidado de suas esposas, uma vez que, a proporção de viúvas é muito maior que a de viúvos. Essa diferença pode acontecer por três motivos: as mulheres têm uma sobrevivência maior que a dos homens; a taxa de recasamento entre os homens é maior que entre as mulheres, diminuindo assim a proporção de

viúvos; e a idade ao casar das mulheres, em geral, é menor do que para os homens (Camargo e Yazaki, 1990).

TABELA 15 – Estado conjugal segundo faixa etária e sexo do PCI, Brasil 2000*

Homem PCI (%)						Homem total (%)					
Faixa etária	Casado	Separado	Viúvo	Solteiro	Total	Faixa etária	Casado	Separado	Viúvo	Solteiro	Total
18 a 24	9,7	0,3	0,0	90,1	100,0	18 a 24	22,0	0,2	0,0	77,8	100,0
25 a 29	22,1	1,8	0,1	76,0	100,0	25 a 29	58,7	1,5	0,1	39,7	100,0
30 a 34	29,6	4,7	0,3	65,4	100,0	30 a 34	73,9	3,2	0,2	22,7	100,0
35 a 39	35,5	8,4	0,5	55,6	100,0	35 a 39	78,8	5,3	0,4	15,5	100,0
40 a 44	42,2	11,6	1,1	45,1	100,0	40 a 44	81,0	7,0	0,8	11,1	100,0
45 a 49	50,9	12,5	1,4	35,2	100,0	45 a 49	82,4	7,8	1,4	8,4	100,0
50 a 54	57,9	12,0	2,2	27,8	100,0	50 a 54	82,6	7,6	2,4	7,3	100,0
55 a 59	67,1	9,1	3,0	20,8	100,0	55 a 59	82,5	7,0	3,8	6,7	100,0
60 a 64	81,2	4,9	2,9	10,9	100,0	60 a 64	81,3	5,9	6,3	6,5	100,0
65 a 69	88,9	2,6	2,5	6,0	100,0	65 a 69	79,4	5,0	9,2	6,5	100,0
70 a 74	90,1	1,8	3,2	4,9	100,0	70 a 74	76,7	4,0	13,3	6,1	100,0
75 a 79	91,1	1,1	3,7	4,1	100,0	75 a 79	72,3	3,0	18,5	6,1	100,0
Total	34,8	4,6	0,8	59,8	100,0	Total	63,7	4,0	1,8	30,5	100,0
Mulher PCI (%)						Mulher total (%)					
Faixa etária	Casada	Separada	Viúva	Solteira	Total	Faixa etária	Casada	Separada	Viúva	Solteira	Total
18 a 24	18,5	0,8	0,1	80,6	100,0	18 a 24	39,3	0,8	0,1	59,8	100,0
25 a 29	29,1	3,4	0,5	67,0	100,0	25 a 29	66,0	2,9	0,5	30,6	100,0
30 a 34	35,5	6,2	1,3	57,0	100,0	30 a 34	73,5	5,3	1,3	19,9	100,0
35 a 39	40,4	8,8	2,3	48,6	100,0	35 a 39	74,3	7,6	2,5	15,7	100,0
40 a 44	45,1	10,0	3,7	41,2	100,0	40 a 44	72,8	9,1	4,5	13,5	100,0
45 a 49	51,8	9,0	5,2	33,9	100,0	45 a 49	71,1	9,3	7,4	12,3	100,0
50 a 54	61,7	7,1	6,6	24,6	100,0	50 a 54	67,6	8,6	11,8	11,9	100,0
55 a 59	74,3	4,2	6,7	14,8	100,0	55 a 59	63,5	7,4	17,7	11,5	100,0
60 a 64	80,4	2,7	6,7	10,2	100,0	60 a 64	57,1	5,9	25,5	11,5	100,0
65 a 69	82,8	1,8	7,3	8,1	100,0	65 a 69	49,0	4,6	34,8	11,6	100,0
70 a 74	83,2	1,0	7,5	8,3	100,0	70 a 74	39,5	3,3	45,4	11,8	100,0
75 a 79	79,4	0,7	10,2	9,8	100,0	75 a 79	29,3	2,4	55,5	12,8	100,0
Total	46,2	4,6	3,3	45,8	100,0	Total	60,9	5,2	7,9	26,0	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

Quando os PCI são analisados com relação ao estado conjugal na TAB. 15, percebe-se que quanto mais velho o grupo etário, menor é a proporção de solteiros, tanto entre os PCI quanto entre a população total. Nas últimas idades a proporção de homens viúvos em relação a mulheres viúvas é bem menor. Entre os homens PCI, 0,8% são viúvos enquanto que entre as mulheres PCI, 3,3% são

viúvas com maioria concentrada nas últimas idades. Na população total, 1,8% dos homens são viúvos e 7,9% das mulheres são viúvas.

Nota-se que a maioria dos PCI homens são solteiros (59,8%), e 45,8% das mulheres estão nesta condição – e tem quase esta mesma proporção de casadas -, o que coincide com a suposição utilizada neste trabalho de que os solteiros tem maior chance de cuidar em relação aos casados. Na população total a maioria dos homens e mulheres são casados, 63,7% e 60,9% respectivamente.

Como já mencionado anteriormente, as condições financeiras podem delimitar o tipo ou a qualidade do cuidado fornecido. Na TAB.16 estão descritos os percentis de renda dos potenciais cuidadores e da população total. Os 10% mais pobres tem uma renda per capita menor ou igual a R\$ 50,20 entre os PCI e R\$ 25,00 entre a população total. Os 10% que estão em melhores condições, tem uma renda per capita de R\$ 667,00 entre os PCI e R\$ 638,00 entre a população total. Isso mostra que, os diferenciais de renda encontrados na população em geral também existem quando estudamos apenas os domicílios com IPDA, porém com valores melhores neste último.

TABELA 16 – Percentis de renda per capita em reais dos PCI e da população total, Brasil 2000*

Percentil	Renda dos PCI (R\$)	Renda da população total (R\$)
10	50,20	25,00
20	75,33	50,00
30	100,00	74,00
40	125,25	100,00
50	153,50	133,34
60	200,33	174,00
70	267,00	240,00
80	385,00	350,50
90	667,00	638,00

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

O fato de encontrar maiores rendimentos entre os PCI, que por definição se encontram em domicílios com pelo menos um IPDA, explica-se, em parte, pelo efeito idade. Estes domicílios selecionados têm em média, uma composição por idade mais velha, e sabe-se que a variável idade tem uma associação positiva

com a renda. O que fica evidente de qualquer maneira, é que, nos domicílios com IPDA, mesmo pelo efeito composição, a renda tende a ser maior.

Como análise final, será testada a hipótese de que a PEA formada pelos PCI tem uma taxa de participação menor em relação à PEA da população total. Esta hipótese está fundamentada na discussão de que os PCI teriam que sair do mercado de trabalho para cuidar dos IPDA. No entanto, esta hipótese não foi comprovada para as mulheres, onde, apenas em algumas faixas etárias a população total tem uma taxa de participação maior. No total, praticamente não há diferença (48,6% entre as PCI e 48,7% entre a população total entre 18 e 79 anos). Entre os homens, a hipótese se confirmou, com uma diferença significativa no total (74,3% entre os PCI e 79,0% entre o total são PEA) e também em algumas faixas etárias.

TABELA 17 – População economicamente ativa entre os PCI e a população entre 18 e 79 anos por faixa etária e sexo, Brasil 2000*

Faixa etária	PCI				População entre 18 e 79 anos			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	PEA	não-PEA	PEA	não-PEA	PEA	não-PEA	PEA	não-PEA
18 a 24 anos	72,6	27,4	56,9	43,1	77,4	22,6	55,7	44,3
25 a 29 anos	83,5	16,5	66,9	33,1	89,7	10,3	59,7	40,3
30 a 34 anos	84,7	15,3	66,9	33,1	91,2	8,8	60,0	40,0
35 a 39 anos	84,8	15,2	65,7	34,3	91,0	9,0	60,3	39,7
40 a 44 anos	83,9	16,1	62,1	37,9	89,6	10,4	57,7	42,3
45 a 49 anos	81,2	18,8	54,1	45,9	85,7	14,3	50,6	49,4
50 a 54 anos	75,5	24,5	41,4	58,6	77,6	22,4	39,7	60,3
55 a 59 anos	66,7	33,3	27,7	72,3	67,4	32,6	28,0	72,0
60 a 64 anos	53,7	46,3	15,9	84,1	52,1	47,9	15,7	84,3
65 a 69 anos	38,9	61,1	8,9	91,1	35,5	64,5	8,7	91,3
70 a 74 anos	27,9	72,1	4,9	95,1	22,3	77,7	4,7	95,3
75 a 79 anos	19,5	80,5	3,5	96,5	14,8	85,2	3,0	97,0
Total	74,3	25,7	48,6	51,4	79,0	21,0	48,7	51,3

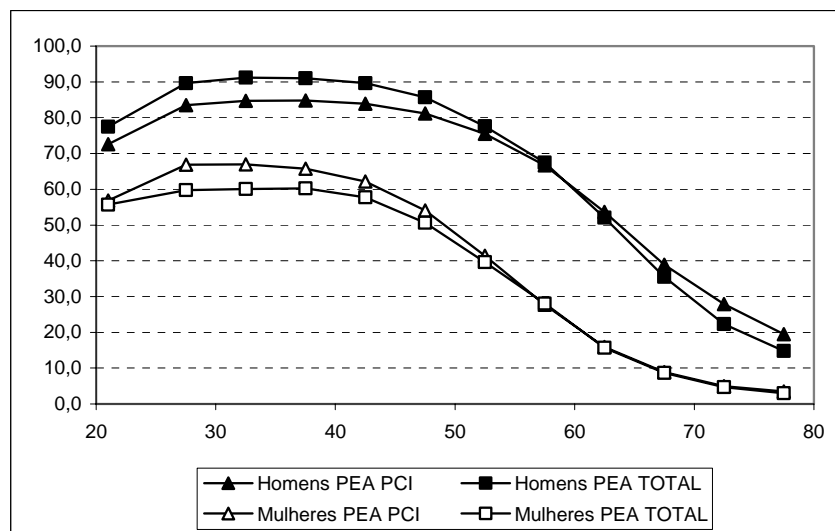
Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

O gráfico abaixo mostra esses diferenciais por idade e sexo. É possível perceber que entre os homens as maiores diferenças entre PCI e população total, estão nos primeiros grupos etários. Entre as mulheres, este diferencial também existe, porém, tem o sentido contrário ao esperado, de acordo com a hipótese levantada,

ou seja, maior taxa de participação entre as mulheres PCI. Por volta dos 55 anos, praticamente não há diferença entre os grupos de PCI e total.

Figura 2 – População economicamente ativa entre os PCI e entre a população total de 18 a 79 anos por faixa etária e sexo, Brasil 2000



Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Desses resultados pode-se inferir que, os dados não mostram grandes diferenças com relação ao perfil de inserção na economia, quando se trata da comparação PCI e população total. Isto pode ser verdadeiro, ou pode ser, simplesmente, que precisemos de ferramentas mais sofisticadas para testar esta hipótese. Estudos posteriores poderão retomar esta discussão.

Como conclusão até este momento, percebe-se que mesmo tendo em alguns casos mais de um PCI por domicílio, a tendência que todo esse grupo segue como proporção de sexo, idade, relação como chefe de domicílio e estado civil, é similar ao que é apontado pela literatura como sendo características de um cuidador como a predominância de mulheres cônjuges ou filhas.

Deve-se levar em consideração também, que existem 14,5% de domicílios unipessoais de IPDA e que por definição, estas pessoas não contam com um cuidador informal, uma vez que o critério de seleção deste, é o fato de morarem com o demandante do cuidado. Pensar que estes 14,5% de IPDA estarão por conta própria não parece razoável, principalmente quando se trata dos maiores de

80 anos. Provavelmente, estes IPDA têm ajuda de algum outro domicílio, onde pode viver um filho ou um outro parente, que auxilia na vida diária deste idoso.

Disso podemos extrair que o censo brasileiro já não é tão eficaz para captar os processos que envolvem o envelhecimento da população, como a dependência de um domicílio a outro. As novas formações de família que acabam por separar pais e filhos, os idosos que tem uma qualidade de vida cada vez melhor, dependendo cada vez menos de outros membros da família (pelo menos de forma intensa) são alguns exemplos de interações entre os indivíduos que não são captadas pelo censo, pois a única relação que temos é de todas as pessoas com o chefe do domicílio.

17,3% dos IPDA vivem em condições de parentes do chefe do domicílio – pai, mãe, sogro (a), irmão, irmã, outro parente ou agregado -, o que segundo Camarano et al (2004) é um forte indício de dependência da família. Estes IPDA podem ter deixado sua casa, e em alguns casos, provavelmente por morarem sozinhos, para viver com familiares diante da necessidade de ajuda.

Este capítulo teve como objetivo descrever com detalhes, as características dos IPDA e PCI para conhecer melhor o perfil destes dois grupos. O grande problema a se enfrentar é o fato de que o grupo etário ao qual pertencem os IPDA – maiores de 60 anos – está crescendo e vivendo por mais tempo. Se não é possível criar uma rede de assistência familiar, não há como o Estado se responsabilizar por essa tarefa. A família desempenha o mais importante papel e, aqueles idosos que não dispõem de alguém próximo por quem possa ser cuidado, acabam passando por maiores dificuldades.

Os delineamentos encontrados para o grupo de PCI nesta fase do trabalho, servirão de base para a escolha de um único cuidador definido como o principal. Portanto, se neste momento, dispomos de uma proporção de aproximadamente 1 IPDA para cada PCI, com a redução dos cuidadores em virtude de uma escolha mais precisa ou refinada, o número de IPDA sob os cuidados de um único cuidador poderá ser maior.

5 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

As entrevistas em profundidade foram realizadas nas cidades de Recife, João Pessoa, Santa Rita, Porto Alegre e Belo Horizonte no período entre julho e agosto de 2007. O marco conceitual demográfico do trabalho de campo foi a sua inserção em diferentes estágios da transição demográfica. Por isso, foram realizadas entrevistas nas regiões Sul/Sudeste/DF e Norte/Nordeste/Centro-Oeste, representando dois diferentes estágios e mapeando dois diferentes perfis. O QUADRO 3, mostra as características de todas as pessoas entrevistadas: sexo, cor, idade, escolaridade, estado civil, profissão e de quem cuidou.

Quadro 3 – Características dos cuidadores informais entrevistados

Id	Sexo	Cor	Idade em anos	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	De quem cuidou
1	Mulher	Parda	57	Analfabeta	Solteira	Lavadeira	Mãe
2	Mulher	Branca	53	2º grau incompleto	Divorciada	Dona de casa	Ex-marido
3	Mulher	Parda	56	2º grau completo	Solteira	Dona de casa	Tia avó
4	Mulher	Preta	55	Analfabeta	Separada	Foi trabalhadora rural	Mãe
5	Mulher	Parda	40	4ª série completa	União consensual	Dona de casa	Mãe
6	Mulher	Branca	51	1ª série completa	Separada	Diarista	Sogra
7	Mulher	Branca	54	Superior completo	Viúva	Funcionária pública	Marido
8	Homem	Branco	72	4ª série completa	Casado	Aposentado	Esposa
9	Mulher	Branca	54	Superior completo	União consensual	Funcionária pública	Sogra
10	Mulher	Branca	59	Doutorado	Casada	Professora	Mãe
11	Mulher	Branca	45	Pós-doutorado	Separada	Professora	Avó
12	Mulher	Branca	44	Superior completo	Solteira	Secretária	Pai
13	Mulher	Preto	48	4ª série completa	Casada	Diarista	Mãe
14	Homem	Preto	79	Analfabeto	Viúvo	Aposentado	Esposa

Fonte: Entrevistas em profundidade realizadas entre julho e setembro de 2007

As seis primeiras entrevistas foram realizadas nas cidades de Recife, João Pessoa e Santa Rita, todas pertencentes à região 1 (Norte/Nordeste/Centro-Oeste). As demais foram realizadas em Porto Alegre e Belo Horizonte, que pertencem à região 2 (Sul/Sudeste/DF).

As características de ocupação são as que mais se diferenciam, uma vez que este foi o recorte aplicado. Buscou-se pessoas de baixa renda e baixa escolaridade na região 1, e renda e escolaridade mais alta na região 2 para que pudessem ser realizadas comparações sobre se estes fatores mencionados afetam o tipo de cuidado oferecido ao idoso que necessita.

Devido as diferenças socioeconômicas existentes entre as duas regiões mencionadas, existe uma maior probabilidade de encontrar os perfis mais pobres na região 1 e os perfis mais ricos na região 2. Isso não significa que não existam ambos os perfis nas duas regiões. Prova disso é o caso 13 de uma mulher que vive na região 2 mas tem as características investigadas na região 1.

Um dos objetivos deste trabalho é a observação do comportamento dos cuidadores diante do ato de cuidar e se as características, principalmente as socioeconômicas, influenciam no tipo de cuidado fornecido. Observa-se que a maioria das pessoas, independente da região, quando se trata dos pais, pensam que o cuidado é uma espécie de obrigação e não se sentem confortáveis em delegar esta função para outra pessoa ou mesmo uma instituição.

O que diferencia as duas regiões é que na região 2, como os cuidadores investigados trabalham quase que em tempo integral fora de casa, consideram a possibilidade de opções alternativas. Recorrem a internações, mas carregam um sentimento de culpa em alguns casos.

Este diferencial de ocupação, indica que este perfil, que é o mais comum na região 2, está num estágio mais avançado da transição demográfica, onde ocorre a inserção da mulher no mercado de trabalho e esta, assume outros papéis na família e na sociedade. Na seqüência, são relatados alguns casos de cuidadores e suas expectativas e experiências.

No caso apresentado a seguir, a doença da idosa já estava num estágio que prejudicava a vida da cuidadora, que era sua filha.

“Tive que interná-la porque, uma porque não tinha ninguém para ficar em casa, não podia deixá-la sozinha naquele estado e outra porque realmente eu, psicologicamente não podia suportar mais”.

“Quando eu a levei para a clínica eu me senti muito culpada, eu me sentia muito culpada porque eu achava que isso não era coisa que eu tivesse que fazer, hoje eu já não penso assim....eu me sentia como se fosse uma filha ingrata....mas com o tempo eu fui vendo que eu ia melhorando com isso...”

Mirian¹⁰ (id 10), 59 anos, professora universitária, moradora da região 2, a mãe tem alucinações

Não existia mais a possibilidade de tratar da mãe dentro de casa, era uma situação que levaria a filha, fatalmente, a alguma doença, que é o que acontece com muitos cuidadores. Aqueles que cuidam de pessoas com doenças que afetam a lucidez de maneira mais forte, também podem ser afetados, de maneira devastadora, tendo a sua saúde física e mental bastante comprometida. Este tipo de doença num estágio avançado requer quase que obrigatoriamente uma internação, quando isso é financeiramente possível.

Um caso encontrado na região 1, mostra a sensação de gratidão de uma filha pela mãe, uma síntese do pensamento de que os filhos tem a obrigação de cuidar de seus pais. Ela sozinha aos 57 anos, cuidou da mãe de 90 anos, e esta faleceu um ano depois da filha assumir seu cuidado.

Esta mulher relata inúmeros afazeres, mas mesmo assim sempre dedicou tempo para o cuidado da mãe e diz não se arrepender e que faria tudo novamente. Nunca antes a mãe havia precisado da ajuda de alguém, até o momento em que quebrou o fêmur e isso a deixou na cama até o dia em que morreu.

“Tudo era eu, levava no banheiro, dar banho, cuidar, ela não andava, era tudo na cama, certo... tudo era eu que fazia com ela... vai fazer um ano que ela morreu... era minha obrigação de eu cuidar dela, como ela cuidava de mim, ela cuidou muito de mim eu tinha que cuidar dela”.

Mércia (1), 57 anos, lavadeira, moradora da região 1

¹⁰ Os nomes foram alterados para preservar a identidade do entrevistado.

Mas este tipo de pensamento de gratidão também aparece na região 2, onde uma mulher, na sua juventude, ajudou no cuidado a uma avó que teve Alzheimer. Ela considera justo cuidar de alguém que fez sacrifícios no passado para cuidar da família. A mãe dela já é idosa e não precisa da ajuda de ninguém, mas está sempre amparada pelas filhas.

“Era uma necessidade... é uma questão cultural até, de que, claro que eu falo isso porque a situação em que a gente vivia permitia que a gente fizesse isso, eu não sei se hoje eu teria a mesma condição... por exemplo, eu com dois filhos trabalhando o dia todo eu não sei se eu conseguiria manter a minha mãe em casa, na minha casa, tendo que ter um cuidado...”

Meire (11), 45 anos, professora universitária, moradora na região 2

A entrevistada recrimina o fato de muitas pessoas abandonarem os familiares quando estes ficam velhos e necessitados. Ela acredita que quem cuida tem uma recompensa no futuro, que estará também amparada quando precisar. É sempre possível ajudar, de alguma maneira, no cuidado. Ela não diz que gostava da tarefa de cuidar, mas nunca considerou algo ruim de realizar, algo que fosse feito com sofrimento, era algo natural e necessário.

Mas é importante frisar também que, a própria entrevistada, admite que seria difícil cuidar da mãe atualmente. Mãe de dois adolescentes e trabalhando durante todo o dia, mesmo que fosse seu desejo, cuidar de sua mãe seria inviável. Isso demonstra o impasse que muitas pessoas, principalmente as mulheres, vivem ao se confrontar com essa situação: cuidar do idoso ou cuidar da própria vida? Para muitas pessoas não é possível compatibilizar estas duas funções. Neste momento é que os sentimentos de culpa e impotência surgem, principalmente quando o cuidador é um filho.

O cenário de mães solteiras ou separadas, que trabalham para manter a casa, também é mais comum no perfil investigado na região 2. É uma característica das diferentes composições de família encontradas em regiões já num estágio mais avançado no processo de transição demográfica. A figura masculina, como provedor da família, deixa de ser essencial e é substituída por mulheres que criam os filhos e mantêm o sustento da casa.

Há um caso onde a cuidadora alega não saber como seria sua vida sem a responsabilidade de cuidar, pois assumiu desde jovem este papel, e atualmente cuida do pai de 89 anos. Quando perguntada sobre o quanto esta responsabilidade de cuidar do pai afeta o trabalho, ela diz não saber.

“Não sei porque, é uma pergunta difícil, eu sempre fui muito responsável desde pequena, então nunca tive assim, sempre assumi... acho que você cresce naquele convívio...você já cresce com essa responsabilidade...”

Mercedes (12), 44 anos, secretária, moradora da região 2

Ela é solteira, e mesmo trabalhando o dia todo, organiza-se para atender as necessidades do pai. Durante o dia existe uma pessoa que o acompanha em casa para que ele não fique sozinho e o ajuda a se lembrar do horário da medicação e alimentação. Ela explica que, assumir o cuidado foi um processo natural, pois ela sempre viveu junto do pai; já pensou em ter filhos, mas as responsabilidades foram maiores.

Essa opção por não ter filhos ou ter menos do que no passado as mulheres tinham, é marcada como uma característica mais predominante entre as mulheres da região 2. Na região 1, na maioria dos casos, não se cogita a possibilidade de não ter filhos, mesmo não tendo a mínima condição financeira de criá-los. É como se a mulher viesse ao mundo com este objetivo e dele não pudesse se desvincular, são os papéis atribuídos às mulheres em estágios mais atrasados do processo de transição demográfica.

As mulheres que estão inseridas no contexto mais desenvolvido, acabam substituindo o desejo por filhos pelo desejo de se firmar no aspecto profissional; nestes casos, não há muito espaço para pensar em ter filhos.

“...é porque acontece o seguinte, no meu caso em particular, a gente têm mais duas irmãs mas elas tão morando fora aí ficou eu e esta outra, esta outra tem a menina pequena que também a gente assume em ajudar... aí acaba sendo a gente né, aí acaba nessa que o homem fica muito mais dependente que a mulher né...”

Mercedes (12), 44 anos, secretária, moradora da região 2

Quando o cuidado vai sendo inserido aos poucos ao longo da vida, parece ser mais fácil se adaptar e se organizar para atender a necessidade do idoso. Esta filha, mesmo antes do pai ser dependente, já sabia que assumiria a responsabilidade em algum momento, então, quando esta chegou, não se sentiu pressionada e não teve sua rotina prejudicada, apenas aconteceram ajustes que foram bem aceitos pela entrevistada.

Pessoas que cuidaram dos companheiros, pensam que seguiram um curso quase que natural da vida, ou seja, houve uma necessidade e aconteceu. A convivência, tendo durado muito ou pouco tempo, gera a necessidade de proteção e por que não dizer, obrigação em ajudar o companheiro.

Não houve relatos de revolta ou abandono. Uma das mulheres relatou se sentir em dívida com o ex-marido, pois ele a ajudou a criar os filhos dela desde pequenos e no momento em que ele adoeceu, ela se dedicou totalmente a cuidar de seu bem estar.

“Achava que tinha, mas do que isso eu tinha uma dívida com ele, além de eu gostar dele eu ainda tinha uma dívida com ele, porque, eu achei assim...ele foi o segundo pai dos meus filhos, ele criou meus filhos, ele sempre foi uma pessoa boa, entendeu, prestativa... eu achei que tava fazendo...eu acho que era minha obrigação”.

Margarida (2), 53 anos, dona de casa, moradora da região 1

Neste caso, a cuidadora relata que logo depois que o marido deixou de estar sob seus cuidados, ela está deprimida e tem medo que ele morra sob os cuidados das filhas dele. Ela acredita ser a pessoa mais capaz e preparada para atender as necessidades do ex-marido.

Esta característica de canalizar toda a energia para a família, é típica entre a maioria das mulheres do perfil de poder aquisitivo menor, investigados na região 1. A maioria delas não se inseriu no mercado de trabalho de maneira a lhes criar autonomia, tiveram vários filhos (alguns já mortos) e se casaram muito jovens (ou pelo menos tiveram uma união consensual), características que pode-se atribuir à regiões que estão relativamente mais atrasadas na transição demográfica.

Comportamento inverso foi encontrado no outro perfil, em um caso de auxílio ao marido, mostrando que apesar da ajuda prestada a ele, a cuidadora tinha outras obrigações e não abriu mão delas para se dedicar exclusivamente ao companheiro, mas por vontade de ambos.

“A doença o deixou muito enfraquecido... Eu saía de casa de manhã deixava tudo organizado e às vezes ligava ao meio dia, depois no final do dia, a maioria das coisas ele fazia...quando não deu mais pra fazer ele foi para o hospital, no hospital fiquei mais tempo direto com ele”.

Marta (7), 54 anos, funcionária pública, moradora da região 2

Este é um caso em que o marido era uma pessoa bastante independente antes de ser acometido por uma doença, e da parte dele também não houve o desejo de deixar de fazer tudo. Na medida em que foi possível, a esposa o auxiliou e quando já não houve alternativa e a doença atingiu um estágio mais avançado, a internação foi a melhor opção. Percebe-se tanto da parte do homem, quanto da mulher, uma independência em realizar o que for possível por conta própria, a autonomia é muito valorizada nas relações que se estabelecem em sociedades que já atingiram um estágio mais avançado da transição.

É importante salientar que, apesar de serem dois casos diferentes, não podemos dizer que Margarida tinha um “amor maior”, ou um compromisso maior com o marido do que Marta. Pode-se dizer que, simplesmente, são maneiras diferentes de enfrentar uma mesma responsabilidade. Ambas fizeram aquilo que estava ao alcance para ajudar o companheiro, isto é, não se percebe da parte delas, o reconhecimento de sentimentos de heroísmo e desprendimento, por exemplo. O marido de Marta viveu a maior parte da vida de maneira independente e o fez até

que não fosse mais possível; já o marido de Margarida contava com ela para realizar todas as AVD's¹¹ e ela sentia que era sua obrigação ajudá-lo.

Através destes relatos, percebe-se que existem idosos que, apesar de doentes, tentam manter certa autonomia, e os cuidadores respeitam este espaço e ajudam da maneira que percebem ser mais adequada. É por exemplo o caso do relacionamento de Mercedes e seu pai que, mesmo aos 89 anos é, na medida do possível, bastante ativo, faz caminhadas e consegue realizar muitas atividades sem ajuda. O marido de Marta também tinha comportamento similar, mesmo bastante debilitado procurava realizar as atividades diárias que eram possíveis e quando não pôde mais, decidiu se internar.

Neste ponto vale uma discussão sobre a igualdade de gêneros, que faz com que os papéis masculinos e femininos não sejam tão diferenciados nas sociedades que estão inseridas num estágio mais avançado da transição demográfica. Não existe a obrigação de que a figura feminina assuma as responsabilidades da casa, do cuidado aos doentes, pelo simples fato de ser uma mulher. O homem, por outro lado, também percebe que é capaz de realizar algumas tarefas sozinho, sem precisar do auxílio de uma mulher. Assim, todos podem colaborar de maneira justa, e na medida da disponibilidade de cada um, para o bem estar de quem precisa.

Há uma mistura de características da região 1 (um pouco mais atrasada na transição) e 2 (mais avançada na transição) quando analisa-se o caso de um homem de 79 anos que cuidou da sua mulher. Deste homem, analfabeto, podia-se esperar um comportamento mais machista no sentido de achar que são as mulheres as responsáveis por cuidarem dos doentes e necessitados. Ao contrário disso, ele tomou esta obrigação como sua, quando percebeu a doença da esposa, caracterizando um comportamento mais próximo ao da maioria das pessoas que vivem em sua região (2) e tem um nível de escolaridade maior.

É uma pessoa muito simples, que depois da morte da esposa está bastante debilitado emocionalmente. Relata que antes de um derrame, a mulher trabalhava

¹¹ As atividades de vida diária (AVD) são todas as atividades de higiene pessoal, vestuário e alimentação (OPAS, 2003)

muito e era bastante ativa, por isso ele acha que ela morreu de “desgosto”, porque, depois de doente, ela se tornou completamente dependente de ajuda.

“Ela não fazia nada, tudo era a gente. Dá banho, comida, carregar pra cama...Depois de um ano ela começou a melhorar mas nunca mais ando. Os meus filhos, se não tiver ninguém olhava mas...é muito difícil...eu acho que ela morreu de desgosto..”

Sebastião (14), 79 anos, aposentado, morador da região 2

Ele relata também o medo que tinha de morrer e deixá-la sem amparo na situação em que se encontrava. Conta mais com a ajuda de Deus do que com os filhos, mas segundo ele, é porque os filhos trabalham muito, pois *“a vida está muito difícil”*.

Quanto à responsabilidade, ele não passava para ninguém. Achava que era o único capaz de lidar com as necessidades da esposa, já tinha inclusive aprendido como fazer um “penteado” que ela gostava. Essa sensação, de ser o único capaz de cuidar, aparece em repetidos casos, independente da relação com o necessitado de cuidado.

“Tenho minhas duas filha, minhas neta, mais eu acho que o melhor era eu mesmo...eu até já tinha treinado pelejar”.

Sebastião (14), 79 anos, aposentado, morador da região 2

Em síntese, o que se percebe é que, independente da relação que se tem com a pessoa que necessita de cuidado, e da região em que vivem, sentimentos como obrigação, culpa e resignação são comuns de encontrar. Há pessoas que tiveram que se adaptar às próprias escolhas, e se convencerem de que fizeram o que foi possível para que a vida deste familiar fosse mais fácil.

A possibilidade de internação em clínicas ou a ajuda de profissionais dentro da própria residência parece ser uma opção mais acessível aos cuidadores da região 2, não só por questões financeiras mas também porque nesta região, as pessoas entrevistadas encontram-se com mais frequência trabalhando fora de casa quase que integralmente, e não conseguem conciliar as duas responsabilidades. Com

certeza, a oferta de serviços estará onde existe a possibilidade de busca por ele. Na região 1, além do fator financeiro, pesa o fato de que, no estágio mais atrasado em que se encontram na transição demográfica, existe uma maior resistência em substituir o papel da mulher, dona de casa, mãe e esposa, por outra pessoa.

Isso não significa que não existam cuidadores formais na região 1. De fato, foram encontrados dois casos de mulheres de classe baixa que trabalham cuidando de idosos de classe média alta, que tem seus filhos já inseridos numa realidade mais desenvolvida, mais compatível com a maior parte das pessoas encontradas na região 2.

O objetivo deste capítulo foi apresentar experiências e sentimentos daqueles que assumiram voluntária ou involuntariamente a responsabilidade de cuidar de um idoso que necessitava. Foram encontradas similaridades entre os entrevistados e, em alguns casos, comportamentos muito particulares, todos muito ricos em informação sobre o perfil do cuidador informal.

Para finalizar, é importante ressaltar que, apesar de ter buscado perfis mais pobres na região 1 e um perfil com melhores condições na região 2, sabe-se que ambos podem ser encontrados nas duas regiões. Portanto, para a criação de cenários futuros, o Brasil será tratado como um todo e não, fragmentado por regiões.

6 CENÁRIOS DE OFERTA E DEMANDA POR CUIDADORES INFORMAIS

Os resultados obtidos com as entrevistas qualitativas forneceram subsídios para delinear os possíveis cenários para o tamanho da demanda por cuidado e da oferta de cuidadores informais. Os resultados destes cenários são apresentados e analisados neste capítulo.

Foram construídos dois cenários de provável evolução do volume de IPDA: um mantendo as proporções constantes e o outro pressupondo um razoável adiamento da incapacidade. Considerar constante significa, no caso da demanda, que se no ano 2000 por exemplo, tem-se que, 40,1% da população entre 60 e 64 anos é IPDA, esta proporção será aplicada nos anos seguintes sobre a população de 60 a 64 anos.

No outro cenário de adiamento, considerado mais “otimista”, a cada período investigado, uma proporção menor de pessoas entra para o grupo IPDA. Evidentemente que isso só irá causar um atraso no evento, uma vez que ele, muito provavelmente, acontecerá de qualquer maneira. Neste trabalho considera-se que aos 80 anos todos são, de alguma maneira, dependentes de cuidado, então os que ainda não o eram, passam a fazer parte do grupo IPDA.

6.1 Demanda por cuidadores informais

A demanda por cuidadores é formada por pessoas de 60 anos e mais classificadas como IPDA. Na TAB. 18, estão enumeradas a população total maior de 60 anos, os IPDA e a sua correspondente proporção por faixas etárias e sexo.

TABELA 18 – População total e população de IPDA em domicílios particulares permanentes por faixa etária e sexo, Brasil 2000

Faixa etária	População (1)		População de IPDA (2)		Proporção de IPDA (2)/(1)	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
60 a 64 anos	2.134.463	2.441.279	837.102	997.359	0,392	0,409
65 a 69 anos	1.613.063	1.933.437	717.696	880.003	0,445	0,455
70 a 74 anos	1.231.918	1.513.570	628.886	782.168	0,510	0,517
75 a 79 anos	776.263	985.978	460.585	582.027	0,593	0,590
80 anos e mais	694.000	1.051.601	694.000	1.051.601	1,000	1,000
Total	6.449.707	7.925.865	3.338.269	4.293.158	0,518	0,542

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000

Na TAB.18 observa-se que existem cerca de 7,6 milhões de IPDA de um total de pouco mais de 14,3 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Isso significa que, pouco mais da metade da população maior de 60 anos apresenta pelo menos uma incapacidade em qualquer grau, ou seja, é IPDA.

Considerando que estas proporções de dependentes irão se manter constante ao longo do tempo, pode-se aplicá-las à população esperada, neste caso, dos anos de 2005, 2010 e 2015. Neste ponto, é importante ressaltar que foram retiradas 0,8% do volume de pessoas nas projeções. Isto porque neste estudo, tratamos apenas de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes e estes representam 99,2% do total das pessoas enumeradas pelos censos de 1991 e 2000, portanto, pressupõe-se que tal proporção manter-se-á nos anos seguintes. A retirada respeitou a composição por grupo etário e sexo dos indivíduos.

A TAB. 19 mostra os incrementos quinquenais, em percentual, da população de IPDA entre o quinquênio em questão e o quinquênio imediatamente anterior.

TABELA 19 – Incrementos quinquenais no volume de IPDA considerando um cenário constante por idade e sexo, Brasil 2000-2015

Faixa etária	2000-2005		2005-2010		2010-2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
60 a 64 anos	1,09	1,10	1,24	1,23	1,19	1,22
65 a 69 anos	1,15	1,15	1,10	1,11	1,26	1,24
70 a 74 anos	1,07	1,11	1,16	1,17	1,11	1,12
75 a 79 anos	1,16	1,23	1,10	1,14	1,17	1,18
80 anos e mais	1,16	1,14	1,17	1,20	1,16	1,19

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

Se a proporção de IPDA se mantiver constante durante todo o período, em 2005, o volume de homens de 60 a 64 anos sofrerá um incremento de 9%. No quinquênio 2005-2010 se encontram os maiores incrementos, 24% entre os homens de 60 a 64 anos e 23% entre as mulheres na mesma faixa etária. No quinquênio seguinte há uma ligeira queda no incremento, mas continuam altos, 26% entre os homens de 65 a 69 anos e 24% entre as mulheres na mesma faixa etária. É importante ressaltar que, este aumento, é apenas um reflexo do aumento esperado no volume da população de 60 anos e mais, uma vez que a proporção aplicada na população é constante.

Em números absolutos, o grupo de IPDA sai de uma composição de cerca de 7,6 milhões de indivíduos em 2000 para quase 12 milhões em 2015. Isso significa que mantendo as proporções constantes existirá um incremento total de 57% no grupo de IPDA até 2015. O ANEXO 2 apresenta os valores absolutos por faixa etária e sexo do grupo de IPDA entre 2000 e 2015 considerando a proporção constante.

Num outro cenário, pressupondo adiamento da ocorrência da incapacidade, os resultados dos incrementos do grupo de IPDA são apresentados na TAB. 20. Para isso, foi utilizada uma queda de 1,5% em 2005 sobre a proporção de 2000; em seguida 2,5% em 2010 sobre a proporção de 2005 e finalmente 1,25% em 2015 sobre a proporção de 2010. Estes valores foram aplicados baseando-se em trabalhos feitos em outros países e em tendências temporais de variação de prevalência de incapacidade de países como os Estados Unidos (NHIS, 2007). Os valores absolutos do grupo IPDA por sexo e faixa etária neste cenário estão apresentadas no ANEXO 3.

TABELA 20 – Incrementos quinquenais no volume de IPDA considerando um cenário otimista por idade e sexo, Brasil 2000-2015

Faixa etária	2000-2005		2005-2010		2010-2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
60 a 64 anos	1,05	1,06	1,16	1,16	1,15	1,17
65 a 69 anos	1,11	1,11	1,04	1,05	1,22	1,21
70 a 74 anos	1,04	1,08	1,10	1,11	1,08	1,09
75 a 79 anos	1,13	1,19	1,05	1,09	1,14	1,15
80 anos e mais	1,16	1,14	1,17	1,20	1,16	1,19

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

O “salto” entre o grupo etário 75 a 79 anos para o de 80 anos e mais é, na maioria dos casos, maior do que no cenário constante. Como exemplo, o quinquênio de 2005 a 2010 para os homens, no cenário constante o salto vai de 1,10 para 1,17, enquanto que no cenário otimista vai de 1,05 para 1,17. Isso, de certa maneira, já é uma resposta à compressão que fazem as mortes ocorrerem mais tarde. Ao entrar nos 80 anos, o indivíduo que ainda não é IPDA passa a ser, e como, nesta simulação, houve um adiamento na ocorrência da incapacidade de uma parte dos idosos, a diferença é maior do que no caso constante.

Neste cenário otimista o grupo IPDA sai de um total de cerca de 7,6 milhões de pessoas em 2000 e chega a quase 11 milhões de pessoas em 2015, isso significa um crescimento de 43% ao final do período 2000-2015, um valor menor que o encontrado para o cenário constante, mas de qualquer maneira, alto e significativo.

6.2 Escolha do potencial cuidador informal principal

Nesta fase do trabalho foram unificados os resultados das análises do censo nos domicílios com pelo menos um IPDA e as análises da pesquisa qualitativa. O objetivo é selecionar apenas um cuidador que chamamos de principal, dentro de cada domicílio investigado.

Antes de prosseguir, é importante lembrar das limitações de nosso estudo. Como já foi apresentado na TAB.8, na descrição dos domicílios analisados (6.375.688), 14,5% deles são unipessoais e portanto compostos de IPDA que não tem

qualquer auxílio pessoal dentro do domicílio. Isso equivale a mais de 900 mil IPDA sem amparo direto nos termos definidos por este estudo, ou seja, com o PCI e o IPDA morando juntos. Da mesma maneira, nos domicílios com 2 ou mais pessoas é possível que todas elas sejam IPDA, de forma que, nestes casos, também não há um PCI disponível.

Para operacionalizar e quantificar de maneira mais adequada a oferta de PCI, foi necessário trabalhar com a idéia de PCI principal - PCIP, ou seja, a escolha de apenas uma pessoa no domicílio com IPDA. Para começar esta escolha, os IPDA foram separados de acordo com sua condição no domicílio. No ANEXO 1 apresenta-se, esquematicamente, o processo para definir apenas um cuidador por domicílio, de acordo com a posição do IPDA neste domicílio.

Seguindo a literatura e os achados do estudo qualitativo, quando o IPDA tem o cônjuge, as chances maiores de cuidado partem de seus companheiros. Em seguida, na falta destes, o papel é assumido pelos filhos, preferencialmente as mulheres solteiras.

Na falta de qualquer um desses perfis – que acabam sendo os que prevalecem –, outras alternativas são aplicadas para fazer com que cada domicílio que continha pelo menos um PCI, termine apenas com um que será considerado o principal. Na TAB.7 é possível perceber que, 82,1% dos IPDA se encaixam neste perfil de chefe ou companheiro (a) do chefe, portanto seguirão a escolha mostrada no diagrama incluído na metodologia deste trabalho, e o primeiro diagrama do ANEXO 1.

Como foi dito, em poucos casos é preciso percorrer todo o diagrama, uma vez que logo depois de chegar à questão das filhas solteiras (ou filhos, no caso de não haver mulheres), na maioria dos domicílios já foi possível identificar o cuidador principal. A opção de estar empregado ou não é pouco utilizada como critério de desempate, bem como a opção pelo filho mais velho.

A opção pela escolha do filho mais velho e não do mais novo, como sugerido na maior parte da literatura, se dá devido a observações feitas nas entrevistas realizadas. Muitas pessoas que trabalham e já criaram seus filhos, ou nem os tiveram, alegam ter condições, pelo menos financeiras em alguns casos, de arcar

com a responsabilidade. Em outros casos alegam que os irmãos mais novos estão formando família e não terão tempo para cuidar dos idosos.

De qualquer maneira, nota-se que esta alternativa é feita apenas para casos residuais. Esse ponto no esquema é pouco explorado, exceto em casos de terem apenas jovens no domicílio, e então os critérios de desempate acabam por não resolver, por exemplo, terem como PCI duas moças de 21 e 23 anos solteiras e desempregadas. A escolha é complexa, mas não terá grandes efeitos sobre os resultados numéricos apresentados, por serem casos que ocorreram como pouca frequência em relação ao total de casos analisados.

Depois dessa seleção, dentre os pouco mais de 8 milhões de PCI, restaram 3.685.858 PCIP que representam cerca de 46% do grupo de PCI anteriormente analisado. Com base apenas neste valor, já pode-se inferir inicialmente que em 2000, a proporção cuidador-idoso é de praticamente 2 idosos para cada cuidador. No capítulo inicial, quando estavam sendo analisados todos os potenciais cuidadores, essa proporção foi de 1:1; porém neste momento com a escolha de apenas um potencial cuidador, chamado de principal descarta-se quase que metade da população inicialmente analisada.

Essa proporção também tem que considerar que aqueles idosos que antes, hipoteticamente, não tinham auxílio por viverem sozinhos, agora fazem parte do grupo que gerou esta proporção. É como se pensar em um deslocamento de cuidadores do seu domicílio de origem para cuidar de alguém em outro domicílio – e isso realmente é plausível e muito provavelmente poderá acontecer em algum momento.

Não se pode deixar de notar também que, dentro do domicílio, o cuidador pode ser o responsável por mais de um IPDA e por isso gerar uma proporção como esta. Em outras palavras, este tipo de simulação é importante para perceber o movimento que estes dois grupos terão que fazer para que um possa auxiliar o outro, e reafirmar o que vem acontecendo no mundo nos últimos tempos: um acelerado envelhecimento populacional e um encolhimento dos grupos etários mais jovens que compõem o grupo dos potenciais cuidadores.

A TAB. 21 mostra a relação dos PCIP homem e mulher com os IPDA. Deixando apenas um indivíduo no domicílio, é possível perceber o que já foi falado anteriormente, sobre a predominância de cuidadores cônjuges e filhos.

TABELA 21 – Condição do PCIP por sexo em relação ao IPDA, Brasil 2000*

Condição do PCIP	PCIP Homem (%)	PCIP Mulher (%)	Total (%)
Cônjuge, companheiro (a)	10,5	27,5	38,0
Filho (a), enteado (a)	23,4	28,9	52,3
Neto (a), bisneto (a)	2,8	2,2	5,0
Irmão, Irmã	0,3	0,6	0,8
Outro Parente	1,0	1,3	2,3
Agregado (a)	0,3	1,1	1,4
Total	38,4	61,6	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

* PCIP moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

Depois de selecionado o PCIP, é possível estruturar a relação do PCIP/IPDA¹². 38% dos cuidadores são cônjuges ou companheiros do IPDA e 52,3% são filhos (as) ou enteados (as) do IPDA. Somando estas duas posições temos que 90,4% dos PCIP ou são cônjuges ou são seus filhos e mais de 60% deste grupo é composto de mulheres.

6.3 Oferta de cuidadores informais

Definido o PCIP, pode-se dar continuidade ao processo de mensurar o tamanho da oferta de cuidadores informais. O grupo total de PCIP por faixa etária, e sua proporção em relação a toda população desta mesma faixa etária, estão apresentados na TAB. 22. Entre os homens, o grupo com maior proporção de PCIP é o de 70 a 74 anos com 7,5% do total; entre as mulheres, a maior proporção está no mesmo grupo etário, porém com uma representatividade de 9,2%. Ao final percebe-se que, 4,6% das mulheres e 2,3% dos homens, todos

¹² O censo, da maneira como é apresentado, permite apenas que se estabeleça a relação do indivíduo com o chefe do domicílio. Neste caso apresentado aqui está a relação do PCI com o IPDA. Como visto anteriormente, em grande parte dos domicílios estudados (aproximadamente 70%), os IPDA são também os chefes, então as relações apresentadas até o momento revelam um padrão verdadeiro da relação entre PCI e IPDA.

entre 18 e 79 anos, são PCIP. Isso tudo resulta em mais de 3 milhões de PCIP dentre as cerca de 100 milhões de pessoas entre 18 e 79 anos no ano 2000.

Um detalhe que deve ser observado aqui é que o primeiro grupo etário de PCIP é de 18 a 24 anos, portanto a população total deve estar também agregada desta maneira para que sejam construídas as proporções. No caso do ano 2000, é simples porque trabalhou-se com os dados brutos do censo, que possibilita agrupar as idades da maneira que for mais conveniente. O problema está nos anos de 2005, 2010 e 2015 onde são usadas projeções de população, que já estão agregadas por grupos quinquenais de idade. Para retirar as idades de 18 e 19 anos do grupo etário ao qual elas pertencem (15 a 19 anos), e depois somá-los ao grupo 20 a 24 anos, a alternativa foi utilizar os multiplicadores de Karup-King (Shryock et al, 1976). Estes multiplicadores retiram o total de pessoas por idade simples, partindo da utilização do total de pessoas em 3 grupos quinquenais seqüenciais, sendo o grupo do meio preferencialmente, aquele em que estão as idades simples que deseja-se extrair.

Com esta questão resolvida, e uma breve descrição de como é a composição dos PCIP, o processo de construção das proporções para se aplicar às projeções, é mostrado na última coluna da TAB. 22.

Tabela 22 – População total e população de PCIP por faixa etária e sexo, Brasil 2000

Faixa etária	População (1)		População de PCI principal (2)		Proporção (2)/(1)	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
18 a 24 anos	11.543.184	11.608.083	219.950	293.071	0,019	0,025
25 a 29 anos	6.716.106	6.984.842	118.859	188.479	0,018	0,027
30 a 34 anos	6.286.217	6.623.394	112.089	214.030	0,018	0,032
35 a 39 anos	5.893.159	6.269.174	108.865	229.812	0,018	0,037
40 a 44 anos	5.063.328	5.404.887	89.547	217.230	0,018	0,040
45 a 49 anos	4.177.073	4.487.366	65.136	203.765	0,016	0,045
50 a 54 anos	3.374.089	3.628.674	56.069	224.691	0,017	0,062
55 a 59 anos	2.568.556	2.851.515	52.819	260.087	0,021	0,091
60 a 64 anos	2.134.463	2.441.279	89.645	268.811	0,042	0,110
65 a 69 anos	1.613.063	1.933.437	109.796	198.502	0,068	0,103
70 a 74 anos	1.231.918	1.513.570	92.586	138.607	0,075	0,092
75 a 79 anos	776.263	985.978	55.255	78.157	0,071	0,079
Total	51.377.419	54.732.199	1.170.616	2.515.242	0,023	0,046

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Esta mesma proporção apresentada, foi aplicada às projeções de população por sexo e faixa etária para os anos de 2005, 2010 e 2015. No ANEXO 4 apresenta-se a população de PCIP por faixa etária e sexo projetada para estes períodos. A TAB. 23 apresenta os incrementos quinquenais, em percentual, da população de PCIP entre o quinquênio em questão e o imediatamente anterior.

TABELA 23 – Incrementos quinquenais no volume dos PCIP considerando um cenário constante por sexo, Brasil 2000-2015

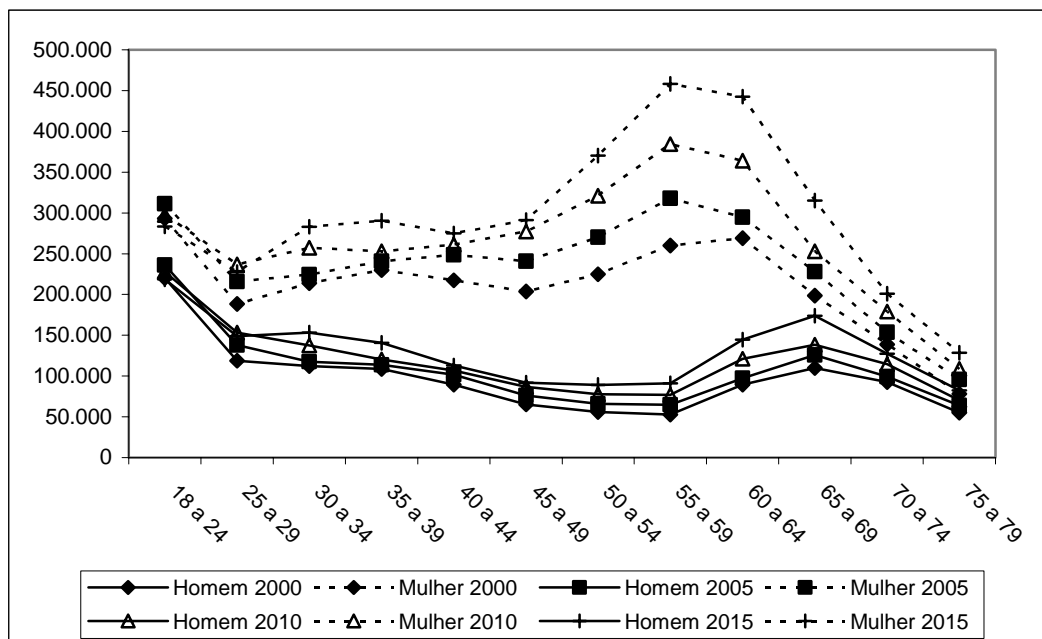
Faixa etária	2000-2005		2005-2010		2010-2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
18 a 24 anos	1,07	1,06	0,97	0,96	0,96	0,95
25 a 29 anos	1,16	1,14	1,11	1,10	0,97	0,96
30 a 34 anos	1,05	1,05	1,17	1,15	1,11	1,10
35 a 39 anos	1,05	1,05	1,06	1,05	1,17	1,15
40 a 44 anos	1,13	1,15	1,05	1,05	1,06	1,05
45 a 49 anos	1,17	1,18	1,14	1,15	1,06	1,05
50 a 54 anos	1,18	1,20	1,18	1,19	1,15	1,15
55 a 59 anos	1,23	1,22	1,18	1,21	1,19	1,19
60 a 64 anos	1,09	1,10	1,24	1,23	1,19	1,22
65 a 69 anos	1,15	1,15	1,10	1,11	1,26	1,24
70 a 74 anos	1,07	1,11	1,16	1,17	1,11	1,12
75 a 79 anos	1,16	1,23	1,10	1,14	1,17	1,18

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

Se a proporção de PCIP se mantiver constante durante todo o período, em 2005, o grupo etário dos homens com maior incremento será o de 55 a 59 anos (23%); entre as mulheres será o grupo de 75 a 79 anos (23%). Um destaque para o ano de 2010 onde existe um decréscimo no primeiro grupo etário, 18 a 24 anos, de 3% nos homens e 4% nas mulheres. No ano de 2015, os dois primeiros grupos etários têm decréscimos, os homens de 4% entre 18 e 24 anos e 3% entre 25 e 29 anos – lembrando que este grupo é composto por parte do grupo 18 a 24 anos no ano de 2010; as mulheres têm decréscimos de 5% no primeiro grupo etário e 4% no segundo.

Em números absolutos, o grupo de PCIP tem em 2000 pouco mais de 3,5 milhões de pessoas e em 2015 chega a pouco mais de 5 milhões, um incremento ao final do período de 39,5% na composição. No ANEXO 4 são apresentados os valores absolutos por faixa etária e sexo dos PCIP entre os anos de 2000 e 2015.

FIGURA 3 – População de PCIP por faixa etária e sexo, Brasil 2000 - 2015

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

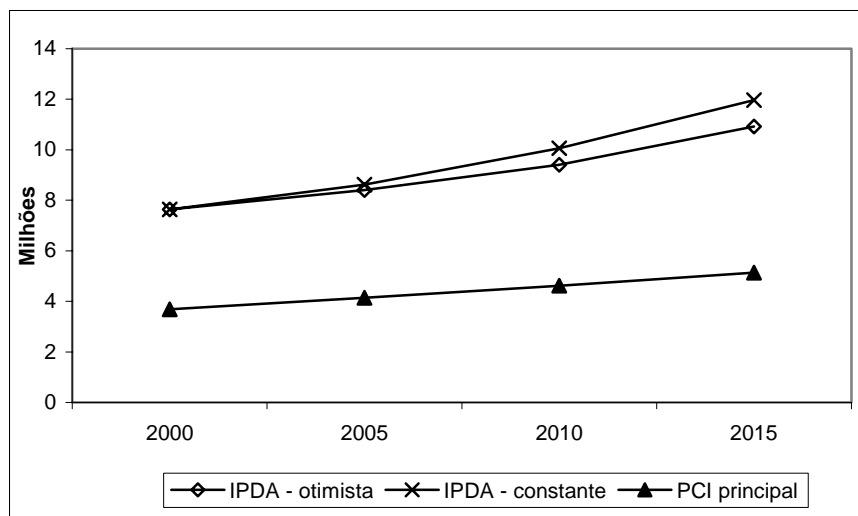
Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

A FIG. 3 mostra claramente, a predominância das mulheres como potenciais cuidadoras informais principais. A maior diferença absoluta entre homens e mulheres está concentrada entre os 50 e 64 anos; nos grupos etários mais extremos homens e mulheres estão bem próximos, mas ainda sim as mulheres são maioria.

6.4 Comparações dos idosos potencialmente demandadores de assistência e os potenciais cuidadores informais principais

Neste item, mostra-se o resultado global dos dois cenários de IPDA e o cenário de PCIP entre os períodos de 2000 e 2015. Na FIG. 4 é possível observar que a distância entre o grupo dos PCIP e os IPDA vai ficando maior com o tempo, principalmente em relação ao cenário constante.

FIGURA 4 – População de PCIP e IPDA nos cenários constante e otimista, Brasil 2000 - 2015



Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE
Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

A TAB.24 mostra a relação encontrada entre o total de IPDA e o total de PCIP em cada um dos cenários no período 2000 – 2015. Quando é analisada a relação do PCIP com os IPDA no cenário otimista, percebe-se que a proporção em 2000 está próxima de 2,07 IPDA para cada PCIP. No ano de 2015 esta proporção chega ao seu máximo, 2,13 IPDA para cada PCIP, mostrando um descompasso entre o tamanho do grupo dos cuidadores em relação ao tamanho do grupo de IPDA.

TABELA 24 – Razão IPDA - PCIP nos cenários constante e otimista do tamanho do grupo IPDA, Brasil 2000 - 2015

	IPDA otimista/PCIP	IPDA constante/PCIP
2000	2,07	2,07
2005	2,03	2,08
2010	2,03	2,18
2015	2,13	2,33

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE
Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

É importante lembrar que o cenário otimista considera que haverá um adiamento dos eventos de morbidade e, portanto o incremento será maior no último grupo etário e menor nos primeiros.

No cenário constante, o máximo encontrado é em 2015 quando existirão 2,33 IPDA para cada PCIP. Em relação ao cenário otimista, ao final do período a diferença é significativa, uma vez que o cenário constante acompanha exatamente o mesmo crescimento que a população. Como a população de onde extraímos o grupo de IPDA parece estar crescendo mais rápido que a população que fornece o grupo PCIP, a diferença vai se acentuando entre os dois. Neste caso, existe um aumento gradual até o final do período de projeção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre cuidadores de idosos é um tema importante no contexto do rápido envelhecimento populacional. À medida que os idosos vão vivendo cada vez mais, se faz necessário a presença de alguém capaz de cuidar de suas necessidades. Essa pessoa é o cuidador informal, que geralmente é um familiar que não é pago para exercer esta função.

Estudos já realizados no Brasil e no mundo, mostram que os cuidados dispensados aos idosos vêm em grande parte das mulheres, sejam elas filhas ou esposas, e isso foi também encontrado neste trabalho. É importante pensar, ao mesmo tempo, na qualidade de vida destes cuidadores, que muitas vezes abrem mão da formação da própria família, que teria papel importante em seu envelhecimento.

Outro fator que deve ser lembrado é que, se a maioria dos cuidadores são os filhos, a queda da fecundidade traz muitas dificuldades para esse cenário de cuidado. Com poucos filhos, ou sem nenhum, as possibilidades de um amparo familiar na velhice tem menos chance de acontecer.

Este trabalho teve por objetivo mapear os cuidadores informais no Brasil e estimar o volume deste grupo num futuro próximo. As técnicas utilizadas são uma tentativa de desenhar um possível perfil de cuidadores que as pesquisas a nível nacional não captam de forma direta.

No mapeamento do censo, foi possível perceber que, 14,5% dos IPDA vivem sozinhos, o que por definição, significa que eles não contam com nenhum cuidador informal, uma vez que o critério de seleção deste, é o fato de morarem no mesmo domicílio do demandante de cuidado. É provável que, alguns desses idosos tenham ajuda de residentes de outro domicílio, onde podem viver seus filhos ou outros familiares. De qualquer maneira, os que não se encaixam neste perfil, estarão realmente sozinhos, do ponto de vista de ter um cuidado informal.

Outro resultado retirado do mapeamento se refere ao estado civil dos PCI e da população total. A maioria dos PCI homens, são solteiros (59,8%), e entre as mulheres este percentual é de 45,8% - pouco menor que a proporção de casadas, que é de 46,2%. Na população total a maioria dos homens e mulheres são casados, 63,7% e 60,9% respectivamente. Isto coincide com a suposição utilizada neste trabalho de que os solteiros têm maior chance de cuidar em relação aos casados.

Na pesquisa qualitativa foi possível perceber que, independente da região em que vive, o cuidador nutre um sentimento de obrigação em cuidar, e quando se trata especialmente dos pais, não se sentem confortáveis em delegar esta função para outra pessoa ou mesmo para uma instituição. Por outro lado, existe um diferencial que está relacionado ao estágio da transição demográfica em que cada região está inserida: o papel da mulher como cuidadora, seu comportamento frente às responsabilidades e as expectativas da sociedade em relação a esta mulher. Além disso, sua inserção no mercado de trabalho, que é mais intensa nas regiões de avançado processo de transição, modifica as relações de gênero, criando um ambiente em que a mulher deixa de ser exclusivamente dona de casa e passa a ter outras aspirações.

A combinação dos dois cenários de demanda e um cenário de oferta, mostram volumes diferenciados em cada um deles, porém, a tendência de distanciamento entre cuidadores e cuidados, se acentuam com o passar dos anos: a curva de crescimento do volume de IPDA é ligeiramente mais inclinada que a curva de PCIP.

Este trabalho mostra a necessidade urgente de mais investimentos em pesquisa. Como trabalho futuro, pode ser produzida uma modelagem estatística da probabilidade de escolha do cuidador utilizando os diagramas construídos para este trabalho. A cada possibilidade de escolha, poderia ser atribuída uma probabilidade de ocorrência dessa seleção. Um outro estudo que também pode ser feito, é a construção de estimativas por áreas diferenciadas, como por exemplo, as cinco regiões ou as áreas metropolitanas.

Para facilitar estudos futuros, sugere-se que, algumas relações de parentesco sejam melhor identificadas. As pesquisas, como censos e PNAD's, devem discriminar, de maneira minuciosa, as relações de parentesco dentro dos domicílios. A separação da classificação de netos e bisnetos - relação esta que existe no censo, mas não é mencionada na PNAD - nos dias atuais faz todo sentido, uma vez que, cada vez mais famílias possuem muitas gerações vivendo ao mesmo tempo, ou seja, avós, netos e bisnetos. Com relações de parentesco mais detalhadas é possível estudar as projeções segundo relações de parentesco e não apenas por sexo e idade dos indivíduos. Com mais variáveis é possível fazer um perfil ainda mais detalhado do cuidador.

Outra questão, que Medeiros e Diniz (2004) chamam à atenção ao se trabalhar os dados, é que, as questões sobre deficiências e incapacidades tratadas no Censo 2000, só se referem às permanentes, ou seja, pessoas com deficiências temporárias não são registradas como portadoras de algum tipo de dependência. Também não são questões autodeclaradas, como ocorre na PNAD, o que pode gerar resultados mais sensíveis, uma vez que apenas uma pessoa no domicílio responde por todos os moradores.

Dois pontos importantes devem ser destacados neste trabalho. Em primeiro lugar, a escolha de apenas um cuidador informal principal para a criação dos cenários. Basicamente, essa escolha seguiu o contexto encontrado através das pesquisas qualitativas. Este contexto caracteriza-se, por um lado cultural muito forte, a idéia de que os cuidadores informais são os cônjuges ou as filhas mulheres, e esse pensamento permanece, independente das mudanças sociais que acompanham a transição demográfica. Ao que parece, é uma questão cultural que está profundamente arraigada, e, portanto, difícil de mudar no curto e médio prazo. Por outro lado, este contexto caracteriza-se, por aumento da longevidade, permitindo assim uma sobrevivência maior dos casais e ao mesmo tempo, a existência de um número de filhos cada vez menor. Assim, a pesquisa qualitativa mostrou que, o cuidado informal dentro do domicílio, é dado, predominantemente, por um indivíduo, que assume as responsabilidades mais importantes. Em todos os casos analisados, antes que um cuidador principal, a figura mais freqüente foi a de um cuidador único. Não se pode generalizar a partir destes achados, mas, dado o

contexto sintetizado linhas acima, seria difícil articular um outro marco conceitual, com a existência de mais de um cuidador disponível.

Em segundo lugar, merece se justificar neste trabalho, a falta de mais de um cenário para estimar a oferta de potenciais cuidadores. Dado o perfil encontrado para este grupo, e os achados da pesquisa qualitativa, cenários alternativos irão necessitar de insumos que fogem do instrumental metodológico demográfico. Em outras palavras, cenários alternativos de oferta de cuidadores informais, necessariamente teriam que se utilizar de insumos das políticas públicas de bem estar, saúde, educação, dentre outras, que preparassem a população para o aumento da demanda futura por cuidadores informais por parte dos idosos. Este trabalho cumpre, apenas, com o papel de fornecer estimativas sobre o futuro próximo se o atual contexto colocado acima – predominância das esposas e filhos como cuidadores únicos -, permanecer constante num panorama demográfico que está em intensa transformação. Neste panorama, há de ressaltar novamente que, devido ao aumento da longevidade, os casais permanecerão juntos por, relativamente, mais tempo, e como consequência da rápida queda da fecundidade, estes casais estão tendo, significativamente, cada vez menos filhos.

A grande conclusão deste trabalho é que, qualquer simulação mostra que, demograficamente, a oferta e a demanda de cuidadores informais dentro das famílias aumentarão de forma desproporcional, distanciando cada vez mais os dois grupos. Neste trabalho, tanto no cenário constante quanto no otimista, há um aumento das diferenças entre IPDA e PCIP.

Entre as intervenções que se fazem necessárias, em caráter urgente, estão as que visam adiar a instalação da incapacidade na população idosa. Com os idosos vivendo por mais tempo, o desafio é promover um envelhecimento mais ativo, para que se viva o menor tempo possível com a incapacidade.

REFERÊNCIAS

- ASHOR, A.M. Family care of the elderly in Egypt. In: KOSBERG, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, 1992. p.95-106.
- BARKER, D.J.P. Fetal origins of coronary heart disease. *British Medical Journal*, v. 311, n. 6998, p. 171-174, July. 1995.
- BIALIK, R. Family care of the elderly in Mexico. In: KOSBERG, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, 1992. p.31-46.
- BRITTEN, N. Qualitative interviews. In: POPE, C.; MAYS, N. (Eds). *Qualitative research in health care*. 3. ed. Malden, Mass.: Blackwell, 2006. p. 28-35.
- BRYMAN, A. Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In: BRANNEN, J. (Ed) *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot: Avebury, 1992. p.57-78.
- CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.6, n. 2, p.254-271, 2004.
- CAMARGO, A.B.M; YAZAKI, L.M. Características demográficas e sócio econômicas da população idosa. In: O IDOSO na Grande São Paulo. São Paulo: SEADE, 1990. p. 41-100 (Coleção Realidade Paulista).
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A.A. (Org). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-77.
- CARRIÈRE, Y.; KEEFE, J.; LÉGARÉ, J.; LIN, X.; ROWE, G. Population aging and immediate family composition: implications for future home care services. *Genus*, v. 53, n. 1-2, p. 11-31, Jan-Jun 2007.
- CELADE. Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía. División de Población: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Projeções e estimaciones para os países da América Latina e Caribe 1950-2050*. Disponível em: <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm>. Acesso em 21 de novembro de 2007. Dados atualizados em julho de 2007.
- CERQUEIRA, A.T.A.R; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, v.13, n. 1, p.133-150, 2002.
- CHAPPEL, N.L. Aging and social care. In: BINSTOCK, R. H.; GEORGE, L. K. (Orgs). *Aging and the social sciences*. 3. ed. New York: Academic, 1990. p. 438-454 *apud* KOSBERG, J.I. An international perspective on family care of the elderly: an introductory overview. In: KOSBERG, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, 1992. p.1-13.

CHUANYI, Z.; QIN, X. Family care of the elderly in China: changes and problems. In: KOSBERG, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, 1992. p.67-81.

DEL CAMPO, R.; DEL CAMPO, D.; DELEON, M. Caring for aging family members: implications and resources for family practitioners. *The Forum for Family and Consumer Issues*, v.5, n 2, July 2000.

DORAN, T.; DREVER, F.; WHITEHEAD, M. Health of young and elderly informal carers: analysis of UK census data. *British Medical Journal*, v. 327, 7428, p. 1388-1388, Dec 2003.

DWYER, J. W.; SECCOMBE, K. Elder care as family labor: the influence of gender and family position. *Journal of Family Issues*, v. 12, n. 2, p. 229-247, June 1991.

ELO, I. T.; PRESTON, S.H. Effects of early-life conditions on adult mortality: a review. *Population Index*, v. 58, n. 2, p. 186-212, 1992.

FLORIANI, C.A.; SCHARAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul-ago 2004.

FRIES, J. F. Aging, illness and health policy: implications of the compression of morbidity. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 31, n. 3, p. 407-428, 1988.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set-out 2005.

GIMÉNEZ, D.M. Género, previsión y ciudadanía social em América Latina. *Cuadernos de la Cepal*, n. 90, p. 99-150, oct. 2004.

GLASER, K.; GRUNDY, E. Class, caring and disability: evidence from the British Retirement Survey. *Aging & Society*, v.22, pt. 3, p. 325-342, May 2002.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SANTOS, S.M.A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas, In: DUARTE, Y.A. O; DIOGO, M.J.D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p 102-110.

GUPTA, R.; PUNETHA, D.; DIWAN, S. The revised CES-D scale for caregivers of the elderly in India. *International Journal of Aging and Human Development*, v. 62, n. 1, p. 61-78, 2006.

HO, S.C.; CHAN, A.C.M; LAU, J.T.F; WOO, J. *A study of informal caregivers and association of caregiving status with health and quality of life*. Aug. 2006. (Health Care & Promotion Fund, Research projects)

IBGE. *Resultados do censo demográfico de 1991*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm> Acesso em: out. 2007.

IBGE. *Censo demográfico de 2000: microdados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Disponível em CD-ROM)

IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm>

KANNISTO, V. *The advancing frontier of survival: life tables for old age*. Odense: Odense University, 1996.

KANNISTO, V.; CHRISTENSEN, K.; VAUPEL, J.W. No increased mortality in later life for cohorts born during famine. *American Journal of Epidemiology*, v. 145, n. 11, p. 987-994, 1997.

KARSH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun, 2003.

KINSELLA, K.; VELKOFF, V.A. *An aging world: 2001*. Washington DC: US Census Bureau, 2001. Disponível em: <<http://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>>

KLEBAN, M. H.; BRODY, E.M.; SCHOONOVER, C.B.; HOFFMAN, C. Family help to the elderly: Perceptions of sons-in-law regarding parent care. *Journal of Marriage and the Family*, v. 51, n. 2, p. 303-312, May 1989.

KOFFMAN, J.S.; HIGGINSON, I. . Fit to care? A comparison of informal caregivers of first-generation Black Caribbeans and White dependants with advanced progressive disease in the UK. *Health and Social Care in the Community*, v. 11, n. 6, p.528-536, Nov. 2003.

KOSBERG, J.I. An international perspective on family care of the elderly: an introductory overview. In: KOSBERG, J. I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, 1992. p.1-13.

KRAMER, M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 62, suppl. 285, p. 282-297, 1980.

LAUNGANI, P. Cultural variations in understanding and treatment of psychiatric disorders: India and England. *Counselling Psychology Quarterly*, v.5, n.3, p. 231-244, 1992 *apud* GUPTA, R.; PUNETHA, D.; DIWAN, S. The revised CES-D scale for caregivers of the elderly in India. *International Journal of Aging and Human Development*, v. 62, n. 1, p. 61-78, 2006.

MACHADO, C.J. *Perfis de morbi-mortalidade infantil no Estado de São Paulo, 1994: uma aplicação do Grade of Membership à análise de causas múltiplas de morte*. 1997, 110 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, A.A. (Org). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, IPEA, 2004. p. 107-120.

MESLÉ, F.; VALLIN, J. *Mortality in the world: trends and prospects*. Paris: CEPED, 1996. 24 p.

MESTROVIC, S. Magic and psychiatric commitment in India. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 9, p. 431-449, 1986 *apud* GUPTA, R.; PUNETHA, D.; DIWAN, S. The revised CES-D scale for caregivers of the elderly in India. *International Journal of aging and human development*, v. 62, n. 1, p. 61-78, 2006.

NASCIMENTO, M.R. Solidariedade e velhice em contextos urbanos distintos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006. Caxambú, MG. *Desafios e oportunidades do crescimento zero*. [Campinas, SP]: ABEP, 2006. (Disponível em CD-ROM)

NHIS. NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY (USA) 1997-2005. Disponível em: <<http://209.217.72.34/aging/ReportFolders/ReportFolders.aspx>> Acesso: 15 out. 2007.

NOAM, G.; HABIB, J. Family care of the elderly in Israel. In: KOSBERG, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park Sage, 1992. p.139-155.

OMRAN, A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v.83, n. 4, p. 731-757, 2005. (Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 49, n. 4, p. 509-38, 1971)

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. 3.ed. Washington, DC: Oficina Regional de la Organización Mundial de la salud, 2003.

PILLEMER, K.; SUITOR, J.J. Baby boom families: relations with aging parents. *Generations*, v. 22, n. 1, p. 65-69, 1998.

PRATA, P.R.A. Transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr.-jun., 1992.

SAWYER, D.R.T.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n. 4, p. 757-76, 2000.

SHRYOCK, H.S.; SIEGEL, J.S.; STOCKWELL, E.G. *The methods and materials of demography: condensed edition*. Orlando, Fla.: [s.n.], 1976.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1629-638, ago. 2006.

SLUZKI, C. Social networks and the elderly: conceptual and clinical issues and a family consultation. *Family Process*, v. 39, n. 3, p. 271-284, 2000.

VILELA, A.B.A.; MEIRA, E.C.; SOUZA, A.S.; SOUZA, D.M.; CARDOSO, I.S.; SENA, E.L.S.; GONÇALVES, L.H.T. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié – BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.9, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100005&lng=pt&nrm=iso>

WALKER, A.J.; PRATT, C.C.; EDDY, L. Informal Caregiving to Aging Family Members: a Critical Review. *Family Relations*, v. 44, n. 4, p. 402-411, oct. 1995.

WONG, L.R.; CARVALHO, J.A.M. El rápido proceso de envejecimiento y las políticas sociales en Brasil. *Notas de Población*, n. 81, p. 5-40, oct. 2006.

WONG, L.R.; CARVALHO, J.A.M.; PERPÉTUO, I.H.O. *A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos: evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente às de saúde*. mimeogr. (Documento para discussão apresentado na 15ª Oficina de Trabalho Interagencial – RIPSA. Belo Horizonte, junho de 2007)

WONGSITH, M. Family care of the elderly in Thailand. In: KOSBERG, J.I (Org). KOSBERG, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, 1992. p.47-63.

WOODBURY, M.A.; MANTON, K.G. Grade of membership analysis of depression-related psychiatric disorders. *Sociological Methods & Research*, v. 18, n. 1, p.126-163, Aug. 1989.

YAZAKI, L.M.; MELO, A.V.; RAMOS, L.R. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. *Informe demográfico*, n. 24, p. 109-129, jun.1991.

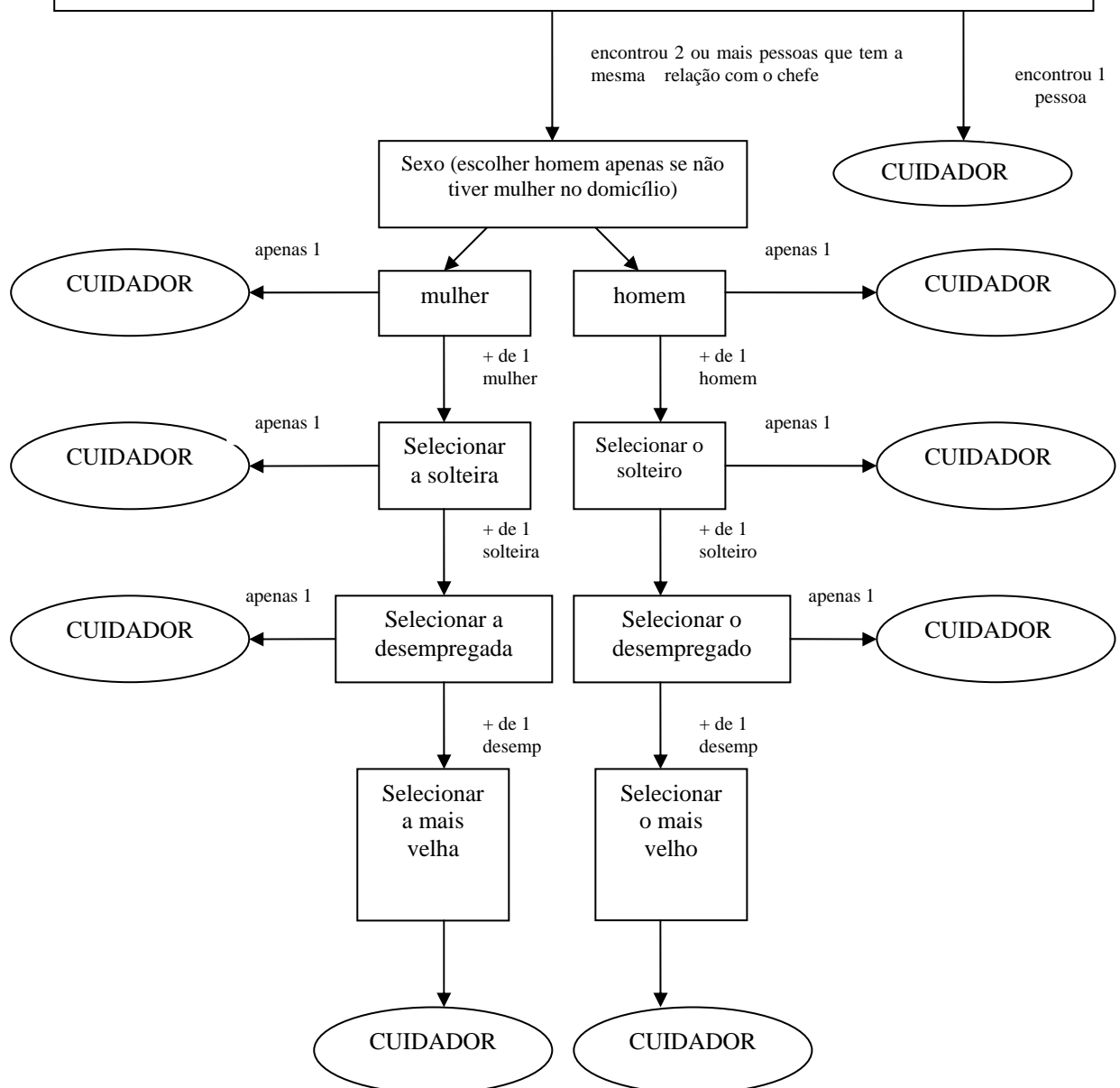
ZARIT, S.H. Research perspective on family caregiving. In: CANTOR, M. (Ed.), *Family caregiving: agenda for the future*. San Francisco, CA: American Society for Aging, 1994. p 9-24.

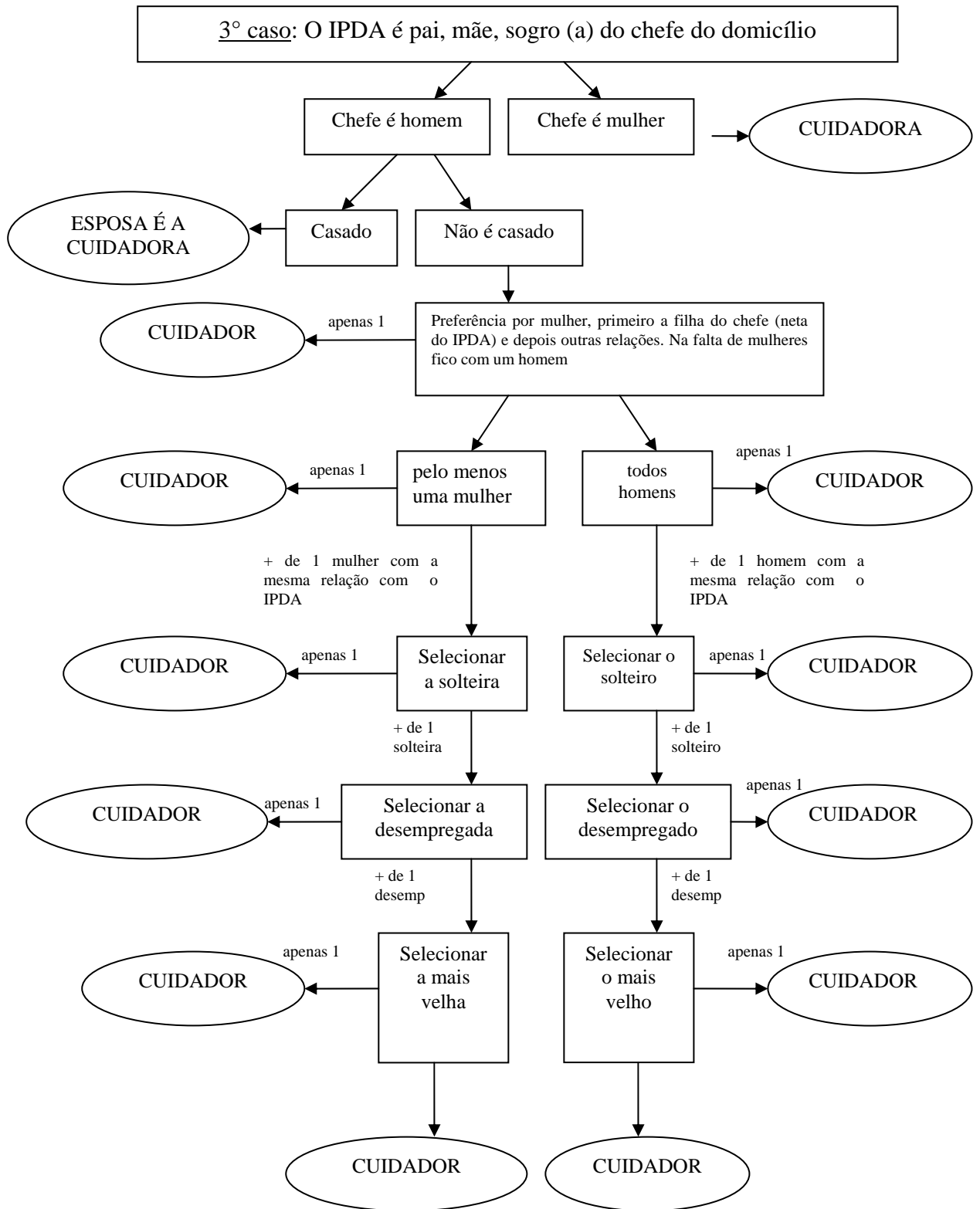
ANEXOS

A1 – Processo de seleção do cuidador principal

2º caso: O IPDA é cônjuge ou companheiro do chefe do domicílio

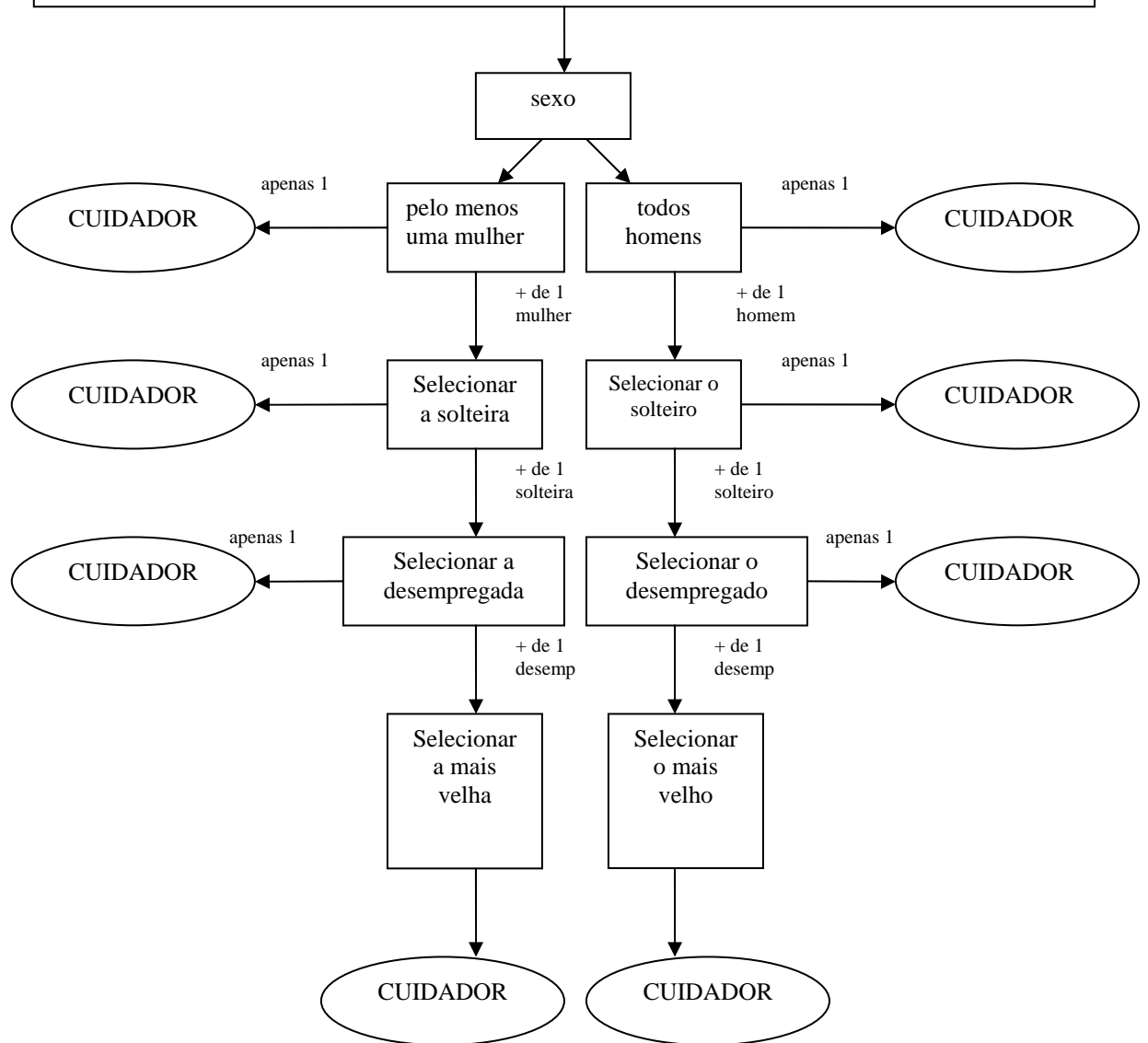
Selecionar pela ordem, até encontrar uma relação com o chefe existente no domicílio: **1ª opção:** chefe do domicílio; **2ª opção:** filho (a), enteado (a); **3ª opção:** pai, mãe, sogro (a); **4ª opção:** neto (a), bisneto (a); **5ª opção:** irmã, irmão; **6ª opção:** outro parente; **7ª opção:** agregado (a).





4º caso: O IPDA é filho (a), enteado (a) do chefe do domicílio

Selecionar uma mulher qualquer do domicílio. No caso de só restarem homens, o cuidador terá que ser um deles.



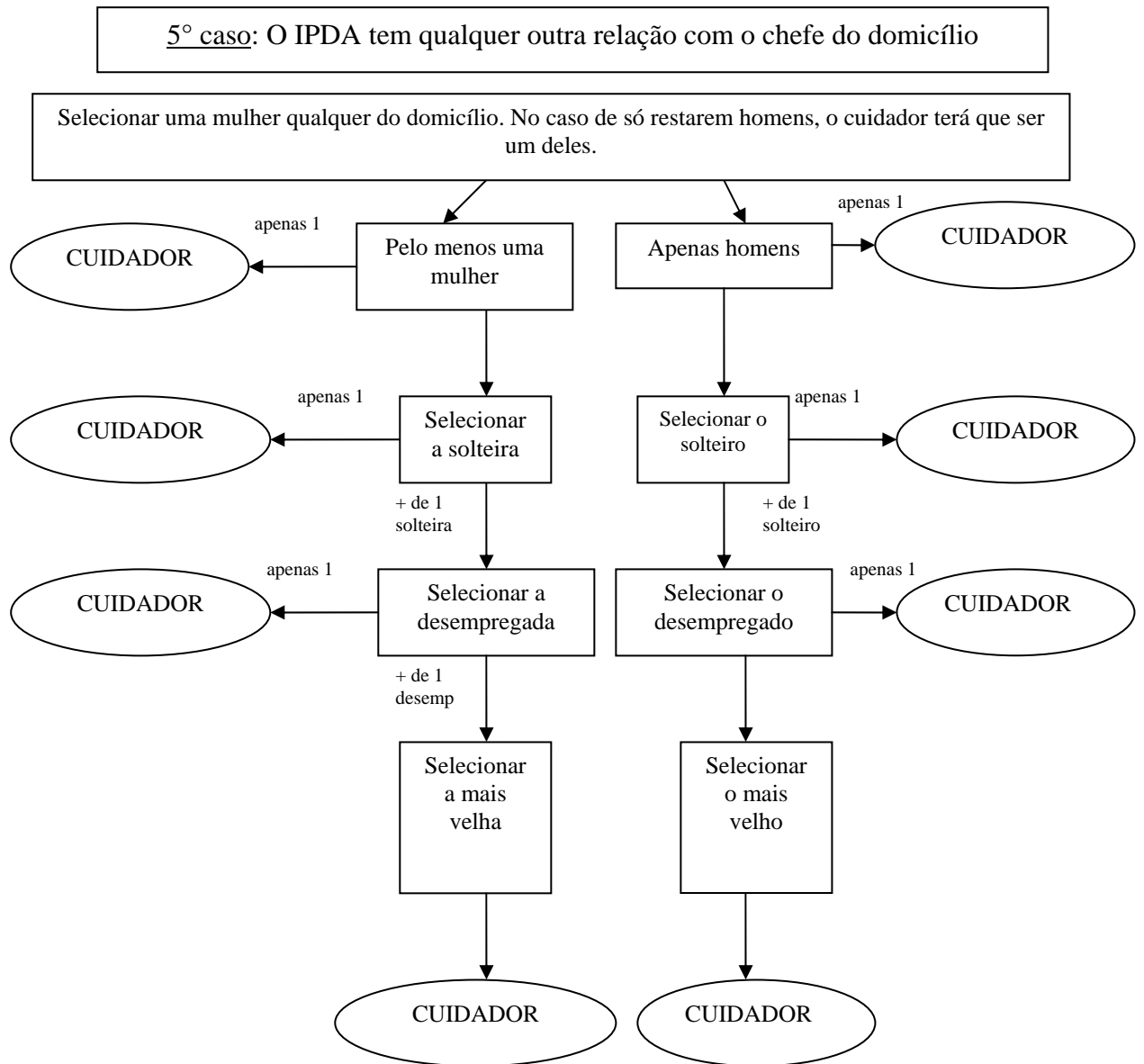


TABELA A2 – População estimada de IPDA no cenário constante por faixa etária e sexo, Brasil 2000-2015

Faixa Etária	2000		2005		2010		2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
60 a 64	837.102	997.359	909.567	1.093.638	1.131.560	1.350.293	1.350.278	1.641.445
65 a 69	717.696	880.003	822.168	1.009.896	904.830	1.122.089	1.137.031	1.396.650
70 a 74	628.886	782.168	673.280	866.080	777.766	1.009.411	866.293	1.133.867
75 a 79	460.585	582.027	533.411	713.405	587.067	810.544	687.433	957.705
80 +	694.000	1.051.601	802.609	1.199.072	938.040	1.433.370	1.086.205	1.706.355
Total	3.338.269	4.293.158	3.741.035	4.882.092	4.339.263	5.725.707	5.127.240	6.836.022

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

TABELA A3 – População estimada de IPDA no cenário otimista por faixa etária e sexo, Brasil 2000-2015

Faixa Etária	2000		2005		2010		2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
60 a 64	837.102	997.359	874.778	1.053.484	1.016.149	1.218.086	1.169.522	1.430.509
65 a 69	717.696	880.003	794.450	976.614	823.484	1.023.476	1.002.865	1.235.551
70 a 74	628.886	782.168	653.497	840.941	716.824	931.279	777.202	1.018.674
75 a 79	460.585	582.027	519.926	695.277	547.490	755.620	626.607	872.529
80 +	694.000	1.051.601	802.609	1.199.072	938.040	1.433.370	1.086.205	1.706.355
Total	3.338.269	4.293.158	3.645.260	4.765.388	4.041.986	5.361.831	4.662.401	6.263.618

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

TABELA A4 – População estimada de PCIP no cenário constante por faixa etária e sexo, Brasil 2000-2015

Faixa Etária	2000		2005		2010		2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
18 a 24	219.950	293.071	236.094	311.005	227.967	297.314	218.509	283.292
25 a 29	118.859	188.479	138.099	215.649	153.389	237.082	149.001	227.558
30 a 34	112.089	214.030	117.823	224.318	137.509	257.191	153.135	282.986
35 a 39	108.865	229.812	113.818	240.649	120.240	252.889	140.746	290.267
40 a 44	89.547	217.230	101.496	248.804	106.692	261.297	113.107	274.987
45 a 49	65.136	203.765	76.262	240.808	86.909	276.978	91.743	291.438
50 a 54	56.069	224.691	66.077	270.133	77.876	320.980	89.194	370.149
55 a 59	52.819	260.087	64.886	317.843	76.828	384.271	91.091	458.293
60 a 64	89.645	268.811	97.405	294.761	121.178	363.935	144.601	442.407
65 a 69	109.796	198.502	125.779	227.802	138.425	253.109	173.948	315.042
70 a 74	92.586	138.607	99.122	153.477	114.504	178.876	127.538	200.931
75 a 79	55.255	78.157	63.992	95.799	70.429	108.843	82.469	128.605
Total	1.170.616	2.515.242	1.300.851	2.841.046	1.431.945	3.192.766	1.575.080	3.565.955

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE

Resultados preliminares de projeções - dados de circulação restrita - CEDEPLAR/2007

Anexo Suplementar**PESQUISA SOBRE VULNERABILIDADE SOCIODEMOGRAFICA NO CICLO
DE VIDA FEMININO****Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional**

I. Ficha de caracterização

I.1 Determinantes socioeconômicos e demográficos

Participante: Data: ___/___/___

Nome: _____

Pseudônimo: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Estado conjugal: _____

Número de filhos _____

Religião: _____

Escolaridade: _____

Raça / cor (auto- classificação) : _____

Raça /cor segundo as categorias censitárias (realizada pelo entrevistador):

Ocupação: _____

Pessoas no domicilio (quantidade e parentesco):

**PESQUISA SOBRE A VULNERABILIDADE DAS MULHERES QUE SAEM DO
PERÍODO REPRODUTIVO NO CONTEXTO DA RÁPIDA TRANSIÇÃO
DEMOGRÁFICA BRASILEIRA - MÓDULO QUALITATIVO**

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR / UFMG

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARIDO PARA PARTICIPAÇÃO
NA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE**

Este termo de consentimento deve ser apresentado e explicado, pela entrevistadora, de maneira clara, para todas as participantes, no início de cada entrevista;

As mulheres que concordarem em participar deve assiná-lo, ficando com uma cópia e retornando-a assinada para a entrevistadora;

Caso a pessoa declare não saber escrever, a entrevistadora deve pedir, sem criar constrangimentos, a alguma outra pessoa que assine como testemunha.

No caso de mulheres que decidam não participar, o termo de consentimento não precisará ser assinado.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta pesquisa, de natureza acadêmica, visa conhecer um pouco das experiências sexuais, reprodutivas e da saúde pelas quais passaram as mulheres que estão no período do climatério (entre os 40 e 60 anos), em algumas cidades brasileiras, das regiões Nordeste, Sul e Sudeste.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Nesta entrevista, chamada de entrevista em profundidade, participam somente a entrevistadora e a entrevistada, e o objetivo central é conhecer melhor as experiências pelas quais as mulheres climatéricas passaram, ao longo de suas

vidas, no que se refere às suas experiências sexuais, reprodutivas e de saúde. Não existem respostas certas ou erradas. O que importa é o que cada pessoa tem a dizer sobre as perguntas que são colocadas.

O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, 1 hora, e a entrevistada tem o direito de responder ou não as questões colocadas pela entrevistadora, bem como finalizar a entrevista no momento em que desejar. A entrevista é gravada, pois este é um procedimento necessário para o estudo, mas as falas jamais serão associadas com o nome da entrevistada.

CONFIDENCIALIDADE

A participação é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que a participante não queira responder, ela pode negar-se, sem nenhum problema. A mulher poderá finalizar a entrevista a qualquer momento se assim decidir.

Será garantido anonimato e sigilo absoluto por parte das pesquisadoras. Cada entrevistada receberá um número de código quando as transcrições estiverem sendo realizadas; assim as respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A duração da entrevista é longa e este fato deverá ser colocado para a mulher na apresentação do termo de consentimento.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida no momento do recrutamento ou da entrevista. Uma cópia do termo de consentimento deverá ser oferecido para o participante. Caso a dúvida persista ou caso a pessoa demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, a entrevistadora deverá fornecer o nome da professora coordenadora do projeto ou de outro membro da equipe, para que a mesma confirme a seriedade da pesquisa.

Professora LAURA LÍDIA RODRÍGUEZ WONG

CEDEPLAR – UFMG

Rua Curitiba, 832 – 9º andar
Belo Horizonte 30170-120 – MG
Tel.: (31) 3279-9073
fax.: (31) 3201-3657

CONSENTIMENTO

A entrevistadora _____,

leu em voz alta todas as informações sobre o estudo que está desenvolvendo e eu tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir de participar da entrevista mesmo depois desta já ter sido iniciada, ou não responder às perguntas feitas, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da entrevista em profundidade.

Local: _____, Data: ____ / ____ / 2007.

Assinatura da participante (somente primeiro nome):

Assinatura da testemunha (caso necessário):

CONSENTIMENTO ORAL PARA PARTICIPAÇÃO NA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

Este termo deve ser lido pela recrutadora quando for conversar com uma mulher para convidá-la a participar da entrevista em profundidade.

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____ . Trabalho para a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG – se necessário, explique o que é). Estamos realizando uma pesquisa em algumas cidades brasileiras sobre questões relacionadas ao comportamento sexual, reprodutivo e de saúde de mulheres brasileiras. Gostaríamos de saber sobre o que as mulheres de 40 a 60 anos pensam sobre o assunto. Se você está nesta faixa de idade, gostaria de lhe explicar sobre a pesquisa e ver se sua participação seria possível.

A pesquisa sobre a vulnerabilidade das mulheres que estão no final do período reprodutivo (aquelas que entram no período de climatério) é uma pesquisa de natureza acadêmica e esta etapa tem por objetivo conhecer melhor as experiências pelas quais elas passaram, ao longo de suas vidas, no que se refere às suas experiências sexuais, reprodutivas e de saúde. Para podermos discutir melhor o assunto e entender mais detalhadamente o que as mulheres passam ao longo de suas vidas, estaremos realizando entrevistas com mulheres em Pernambuco, Paraíba, São Paulo e Rio Grande do Sul. Nestas entrevistas, participam somente a entrevistadora e a mulher que manifesta o que pensa sobre algumas questões colocadas pela entrevistadora. No caso dessa pesquisa, a pessoa que conduz a entrevista está vinculada à UFMG – como professora ou como estudante. Quem realiza a entrevista estuda questões relacionadas ao período reprodutivo das mulheres. A entrevista é gravada para que a pesquisadora possa saber exatamente a opinião da pessoa que participa da pesquisa.

Apesar das entrevistas serem gravadas, posso garantir que tudo o que você responder é absolutamente confidencial e nenhum nome completo ou endereço

será associado às suas respostas. Você pode deixar de responder qualquer pergunta que quiser e pode finalizar a entrevista se achar necessário.

A entrevista dura cerca de 1 hora e pode ser realizada na Secretaria de Saúde da sua cidade, na sua casa ou no local onde você achar mais conveniente – desde que seja um local tranquilo. Caso você possa participar, suas passagens de ônibus serão reembolsadas.

Você só participa se quiser, mas as suas respostas podem ser muito úteis para um maior entendimento das experiências pelas quais passam as mulheres que entram no climatério. Você concorda em participar?

() NÃO CONCORDA (agradeça a atenção)

() CONCORDA (apresente os horários disponíveis de reunião)

Nome do (a) recrutador (a): _____

Roteiro da Entrevista em Profundidade

PESQUISA SOBRE VULNERABILIDADE SOCIODEMOGRÁFICA NO CICLO DE VIDA FEMININO

Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional

Gostaria de agradecer a sua participação nesta entrevista, e dizer que suas experiências e opiniões são muito importantes. Vamos conversar sobre algumas coisas relacionadas à sua vida sexual e reprodutiva, principalmente sobre cada uma dos momentos que você já vivenciou em termos de relações sexuais, parceiros, noivos, namorados, maridos, filhos, divórcios, saúde, e outros temas. Não existem respostas certas ou erradas, o que realmente importa é saber a sua opinião sobre estes temas.

I. VAMOS COMEÇAR FALANDO SOBRE O HISTÓRICO DE SEUS RELACIONAMENTOS

1) Você me falou que era (casada, unida, solteira, viúva), então eu queria conversar um pouco sobre a sua vida sexual, ou seja, como foram as suas primeiras experiências sexuais? O que sentiu? O que conhecia sobre o tema? Com que pessoas falava sobre essas coisas? Quem era o seu parceiro?

2) Por favor, me conte um pouco sobre os companheiros sexuais que você já teve, por exemplo, como você os escolheu, ou se eles escolheram você? O que você gostava neles? No ato sexual quem tinha a iniciativa? Como você ou ele faziam para mostrar que queriam ter sexo? Quais são os problemas que você já teve nos seus relacionamentos?

3) Se você casou alguma vez ou foi morar com alguém, me conte sobre esta decisão, o que vocês levaram em conta? Quem decidiu? Com quem foram morar?

4) Você separou ou divorciou alguma vez? Conte-me um pouco como foi essa experiência (motivos, quem decidiu, conseqüências da separação).

5) Na sua opinião, quais são as principais preocupações que uma mulher tem depois que acaba um relacionamento? Tentar que as mulheres falem delas, de mulheres mais jovens e mais velhas do que elas.

Agora sobre seu parceiro atual (Isso no caso que não seja o único, porque nesse caso ela já teria falado antes).

7) Como é o relacionamento que vocês tem? Fale um pouco sobre isso. (nessa pergunta temos que aprofundar em comunicação, brigas, toma de decisões, problemas do casal).

8) Agora no aspecto sexual especificamente, como é o seu relacionamento?

II. VAMOS FALAR AGORA SOBRE GRAVIDEZES E FILHOS

Se a mulher tem filhos

1) Conte-me um pouco sobre a (s) sua(s) gravidez/(es). Pedir para que comente sobre a decisão de ter filhos, o que isso significou no momento, o papel do parceiro (se tinha), as mudanças na vida dela depois dos filhos nascerem.

2) Desses filhos que você citou, teve algum que morreu antes de completar um ano de vida? Caso afirmativo, poderia me contar um pouco sobre o que aconteceu, qual foi a causa da morte, se você realizou o pré-natal para este filho específico, etc.

3) Você hoje usa ou usou algum método contraceptivo? Se for afirmativa, indagar sobre qual método, quem colocou, por que escolheu esse método, conversou com o parceiro (se tinha)?

4) Como você gostaria que fosse o parceiro de seus filhos.

Se ela não tem filhos

1) Aprofundar nas razões pelas quais ela não tem filhos.

III. O SEGUINTE TEMA, QUE GOSTARIA DE CONVERSAR COM VOCÊ TEM A VER COM A SAÚDE EM GERAL.

1) Como você acha que é a sua saúde, quais são os problemas de saúde que mais afetam você? Me conte sobre a última vez que foi ao médico, por que foi? Quando foi a última vez que fez exames médicos? E quem recomendou você a fazer estes exames?

Agora especificamente sobre as infecções sexualmente transmissíveis, ou seja, aquelas que são adquiridas via sexual.

1) Pedir que a pessoa fale sobre o conhecimento que tem sobre as doenças deste tipo, forma em que se contraem, como prevenir, se já tiveram alguma, se ainda tem, se recebeu tratamento ou foi curada. Quem ofereceu o tratamento? SE A PESSOA NÃO TEVE, PERGUNTAR SE conhece alguém que teve ou tem hoje alguma dessas infecções? Indagar sobre a percepção de risco.

2) O que você acha que sente uma pessoa quando sabe que está com uma dessas infecções? Você acha que as mulheres, quando estão nessa situação, falam para alguém?

IV. VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A ETAPA DE CLIMATÉRIO

1) Você já ouviu falar sobre o climatério? Já sentiu alguns dos sintomas relacionados a essa etapa da vida da mulher? Pode me relatar um pouco desses sintomas, quando começaram a aparecer, o que você fez quando começou a senti-los? Tentar que a mulher fale sobre quais os meios de informação sobre o tema, o papel do médico, da família, dos amigos. Indagar as causas pelas quais procurou uma ou outra fonte para se informar e por que não?

2) O que significa a última menstruação para uma mulher? Tentar que a entrevistada fale, não apenas das mudanças no sentido da incapacidade de ter filhos, mas também, no plano sexual, emocional, familiar, indagar sobre o impacto no sentido da beleza física e no emprego.

3) Você poderia relatar alguma experiência relacionada com o tema? Pode ser de você ou de alguma outra pessoa conhecida.

4) Você conversa com as pessoas de sua família sobre esse tema? Com quais delas? Conte da participação de cada uns delas nesse processo. E seus amigos/as?

5) Fale um pouco de como esse processo tem repercutido na sua vida sexual, familiar, profissional e social.

V. VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS RESPONSABILIDADES QUE VOCÊ DESEMPENHA

1) Você pertence a alguma instituição política, de civil ou religiosa? Quais? Desempenha algum cargo de responsabilidade nelas?

2) Você me falou que trabalha em Nesse lugar você desempenha algum tipo de responsabilidade? Poderia me falar sobre isso.

3) Agora gostaria que me falasse um pouco sobre quem toma as decisões na sua casa. Sobre a compra de alguns bens, sobre o planejamento do dinheiro, sobre as tarefas de casa, sobre os cuidados com os filhos (se tem). Como ocorrem esses momentos, por exemplo, me relate um caso de alguma decisão que foi tomada ultimamente. Existem contradições quando vai ser tomada uma decisão? Com quem? (ver por sexo e idades)

4) Você me falou que em seu domicílio mora uma pessoa idosa, você pode contar um pouco sobre essa pessoa, se tem alguma dificuldade ou problemas de saúde, qual é a relação de você com essa pessoa, quem cuida dela?

5) Por favor, me conte um pouco agora, especificamente sobre algumas das atividades da vida diária dele, por exemplo, alimentação, tomar banho, subir escadas, entre outras.

6) Agora, no sentido dos cuidados do idoso, tem outras pessoas, familiares que ajudam? Como é essa ajuda, desde quando você ficou com essa responsabilidade? O que significa para você?

VI. PARA FINALIZAR, ME FALE UM POUCO SOBRE OS MEDOS QUE VOCÊ SENTE

1. Você lembra de ter se sentido indefesa alguma vez na sua vida? Pode me falar um pouco mais sobre esses momentos? De que você tem medo?
2. Se você tivesse que definir quais são as pessoas que você pode confiar, ou a quem você pode acudir no caso de precisar de uma ajuda, quantas pessoas estariam nesse status? Pode me falar que relação tem com você?

OBRIGADA!

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- 1) Condições estruturais da casa (pintura, cômodos, banheiro, móveis, eletrodomésticos, higiene e limpeza, localização, etc).
- 2) Observar a reação da mulher ao ser entrevista, se ficou nervosa, constrangida, envergonhada, etc.
- 3) Ambiente da entrevista: condições na qual foi realizada a entrevista, se houve algum tumulto, conversas paralelas, trânsito de moradores no local onde estava sendo realizada a entrevista, etc.