

Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas – Brasil – 2000 a 2015

ÁLIDA ROSÁRIA SILVA FERREIRA*

LAURA RODRIGUEZ WONG**

Resumo: O envelhecimento da população, oriundo da queda da fecundidade e da maior longevidade, faz com que, no futuro, o grupo das pessoas disponíveis para o cuidado de idosos necessitados de assistência seja cada vez menor. Este artigo analisa o perfil do potencial cuidador informal de idosos no Brasil e estima o contingente de ambos: o idoso que potencialmente demanda assistência (IPDA) e o potencial cuidador informal (PCI). O mapeamento do Censo Demográfico de 2000 indica a existência de cerca de 7,5 milhões de pessoas de 60 e mais anos com algum grau de incapacidade e, morando com eles, pouco mais de 8 milhões de pessoas entre 18 a 79 anos sem limitações físicas. Isso gera uma razão de quase um PCI para cada IPDA. Dados qualitativos permitem captar características mais definidas de cuidadores informais, sendo as mais relevantes a presença de sentimentos de obrigação, gratidão e culpa. A união dos enfoques qualitativos/quantitativos permitiu construir cenários de demanda e oferta dos PCI, estimar a evolução do volume do PCI no período entre 2000 e 2015 e compará-la com a evolução dos IPDA. No médio prazo, essas simulações indicam diminuição do estoque de potenciais cuidadores.

* Estatística e mestre em demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

** Professora associada do Departamento de Demografia do Cedeplar/UFMG.

Este trabalho contou com o apoio do programa de auxílio à pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Palavras-chave: cuidador informal, envelhecimento, idoso, projeções.

Informal caregivers of the disabled elderly population: indirect estimates – Brazil – from 2000 to 2015

Abstract: The aging of the population due both fertility decline and increasing longevity will cause a shortage in stock of informal caregivers of the elderly population. This paper analyzes the profile of the potential informal caregiver of the Brazilian elderly population and it estimates supply and demand of both: potential elderly demanding for assistance (PEDA) and potential informal caregiver (PIC). Assessment of 2000 census data indicates the existence of about 7.5 million people aged 60 years or more who have some degree of disability; about 8 million people aged 18 to 79 years without disability share the same household. This finding has implicit a ratio of near one PIC to each PEDA. Qualitative data allowed more precise definition of informal caregiver characteristics. Moral obligation, gratitude and guilty were the most frequently feelings found among caregivers. Consideration of both quantitative and qualitative approaches allowed us to define demand and supply sceneries of the potentials informal caregivers. Volume of PIC is also estimated for the period 2000-2015. Simulations indicate a decline trend in the stock of potential caregivers in the near future.

Keywords: informal caregiver, aging, elderly, projections.

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 aumento do número absoluto de idosos e da longevidade são fatos que as políticas sociais não podem relevar, principalmente no que se refere ao auxílio à população que alcança idades avançadas com uma degeneração gradativa de sua saúde.

Espera-se, entre 2000 e 2020, 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, haverá um aumento de cerca de 14 milhões ao longo de 20 anos ou uma média de 700 mil novos idosos a cada ano.

Neste rápido processo de transformações, e sabendo que o sistema de saúde público não consegue atender toda a demanda por cuidados que a população idosa demanda, a figura do cuidador informal passa a desenvolver um papel fundamental. Em virtude do envelhecimento populacional, é necessário criar uma rede de suporte capaz de atender a essas demandas.

Nessa rede, o cuidador informal é o ator principal, mas o conhecimento sobre ele é ainda bastante precário, o que fica mais evidente num contexto de mudanças demográficas que também influencia, mudanças na composição da família.

Existem poucas fontes com informação sobre o cuidador. Dados de censos e pesquisas domiciliares, sob determinados pressupostos, permitem fazer algumas estimativas indiretas e a dimensão qualitativa é, sem dúvida, um instrumento importante para este aspecto.

Tendo como referência o estágio da transição demográfica em que se encontra a sociedade, o presente artigo analisa o perfil do cuidador informal de idosos no Brasil e propõe-se a desenhar possíveis cenários futuros de interação entre esse grupo e o grupo de idosos que demandam algum tipo de assistência. Consideram-se também aspectos qualitativos sobre o relacionamento dos 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.

Utilizando o censo demográfico de 2000, busca-se identificar o idoso potencialmente demandador de assistência (IPDA) e os indivíduos com quem comparte o domicílio, de forma tal a identificar o potencial cuidador informal (PCI). Entrevistas em profundidade realizadas com pessoas pertencentes a duas áreas de diferente estágio de transição demográfica são também utilizadas e permitem definir melhor quem é o cuidador informal e as motivações e atitudes que o levaram a exercer essa função.

Com os elementos acima mencionados, este estudo identifica o potencial cuidador informal principal (PCIP), o que permite aferir a relação entre demanda (IPDA) e oferta (PCIP). Finalmente, mediante simulações na variação do volume de IPDA e PCIP por faixa etária e sexo para o período 2005-2015, são definidas possíveis tendências destes dois universos.

Vale salientar que os cuidadores formais – profissionais que realizam esta função –, apesar da importância estratégica que têm num processo de rápido envelhecimento populacional, não serão tratados neste trabalho.

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

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

- 1) *idoso potencialmente demandador de assistência* (IPDA) é um indivíduo com mais de 60 anos, residente

em domicílio particular permanente, com registro de algum grau de qualquer uma das deficiências ou incapacidades enumeradas pelo censo de 2000, e que, para efeitos práticos, denominaremos de limitação. Neste conjunto se inclui toda a população de 80 anos e mais, uma vez que, para as políticas de saúde brasileiras, esta idade define um fator de risco.

2) *potenciais cuidadores informais* (PCI) são indivíduos entre 18 e 79 anos sem registro de deficiência ou incapacidade, e que moram no mesmo domicílio onde existe um IPDA.

Considerando a definição de PCI, há de se reconhecer, de início, uma limitação na informação utilizada, porque, de fato, no Censo não existem perguntas específicas sobre o assunto e os cuidadores que não vivem no mesmo domicílio do IPDA não são captados. Portanto, as análises seguintes pressupõem que o PCI vive no mesmo domicílio do 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, dificuldade permanente de enxergar, de ouvir e/ou de caminhar/subir escadas.

Foi feito um mapeamento do Censo Demográfico de 2000, captando todos os domicílios particulares permanentes que possuem pelo menos um IPDA, identificando-se, também, os demais indivíduos desses domicílios como uma primeira tentativa de definir o universo dos potencialmente responsáveis pelo cuidado do idoso necessitado.

A pesquisa qualitativa permite delimitar melhor o perfil do cuidador, pois identifica mais precisamente as características individuais e familiares dele. A entrevista em profundidade foi utilizada por permitir captar, dentro dos domicílios, as

características dos indivíduos cuidadores e a trajetória que os levou a assumir essa responsabilidade. As questões abordadas seguem um modelo semi-estruturado¹ e dizem respeito a comportamentos, crenças, opiniões e sentimentos.

Por último, o trabalho integra os enfoques quantitativo e qualitativo para, como dito, construir os cenários futuros para estimar a composição e volume dos grupos de IPDA e PCI. Como base para a construção dos cenários foram utilizadas projeções de população e, delas, foram recortados os indivíduos que se encaixam nos perfis encontrados ao mapear o censo e analisar as entrevistas em profundidade.

Os cuidadores e o contexto em que estão inseridos

Independentemente da organização social, a família sempre foi a maior responsável pelo cuidado (Giménez, 2004, Guzmán; Huenchuan; Oca, 2003, Marks; Lambert, 1997). 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 necessitados de serviços – basicamente, os 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 preventivo, que promovam um envelhecimento ativo para que as pessoas tenham uma expectativa de vida mais saudável e, de preferência, no convívio familiar (WHO, 2002). Dessa maneira, a oferta de serviços de saúde teria menos pressão pelo aumento de pessoas com mais de 60 anos, porque parte delas teria um

¹ Ver modelo do roteiro em Ferreira (2007).

estilo de vida mais saudável e, conseqüentemente, com mais independência.

Não é fácil definir o familiar cuidador informal, pois a linha divisória é muito tênue entre aquele que rotineiramente oferece suporte familiar e aquele que é, definitivamente, um cuidador (Marks; Lambert, 1997). Giacomini *et al.* (2005) sustentam que 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. Da mesma forma, a atenção dada à saúde pode ser básica ou secundária. Quanto maior a dependência, maior será a dedicação do cuidador que pode ser tanto informal (geralmente um familiar) quanto formal (um profissional pago).

No nível individual, diante dos resultados encontrados na literatura, algumas características dos cuidadores se destacam: são em sua maioria mulheres, filhas ou esposas (muitas, idosas elas mesmas, e algumas com seus próprios problemas de saúde) e com baixa participação social, variando de acordo com o grau de dependência do idoso (ver, por exemplo, Marks e Lambert, 1997). Esse perfil de cuidadores foi encontrado pela pesquisa SABE, realizada em 2000, nas cidades de Buenos Aires (Argentina), Montevideu (Uruguai) e Santiago (Chile).

De um modo geral, o cuidado do idoso é exercido pelas mulheres, o que ocorre em grande parte por motivos culturais (Vilela *et al.*, 2006, Karsh, 2003). A sensação de estar em dívida e de ter que assumir este papel é desenvolvido gradativamente ao longo da vida (Cattani; Girardon-Perlini, 2004).

Complementarmente, há de se considerar uma dimensão macro na problemática do cuidador do idoso: a transição demográfica. A gradual transformação da sociedade, na qual industrialização, modernidade e difusão se misturam, traz, também, uma queda dos níveis de fecundidade e mortalidade,

gerando o processo conhecido como transição demográfica: com a mortalidade em queda nas idades mais velhas, os indivíduos sobrevivem por mais tempo, e, 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. Sendo este processo de envelhecimento muito rápido, como é o caso do Brasil, nota-se que, em geral, as políticas sociais, econômicas e culturais não tiveram tempo para se adequarem ao novo cenário demográfico (Kinsella; Velkoff, 2001). Knodel *et al.* (1992) afirmam – para a sociedade tailandesa, que passou por um processo de transição demográfica tão ou mais rápido que o Brasil – que, mesmo depois de várias décadas de rápida e substancial mudança socioeconômica, o sistema de suporte ao idoso não teria mudado devido à complexa relação entre o peso da cultura – na qual a família tem um papel por demais importante – e a insuficiência do poder público em atender à demanda da população idosa. Assim, dinâmica demográfica e organizações sociais devem ser consideradas nos arranjos informais que atendam às demandas por cuidado dos idosos.

Um país que tem aumento significativo de seus idosos necessita de uma infra-estrutura que permita, de forma integral, atender às suas necessidades de maneira independente, tanto as básicas como, por exemplo, se movimentar e se alimentar, como as instrumentais: fazer suas compras, saber administrar sua medicação, etc. Um exemplo do crescimento desta demanda é dada pela prevalência esperada de Alzheimer, doença que, até onde se sabe, atinge bastante homogeneamente a população, pouco importando a origem socioeconômica. Em estágio avançado, a doença exige atenção por praticamente 24 horas diárias por mais de apenas um cuidador. Aplicando a prevalência estimada por Kawas *et*

al. (2000) à população de 60 anos e mais para 2000, é possível que cerca de 530 mil indivíduos padeçam deste mal. Dado que esta população crescerá entre 2000 e 2020 a uma taxa média anual de 3,18%, *ceteris paribus*, em 2020, haverá mais de um milhão de indivíduos afetados por essa doença. O crescimento do resto da população não segue este ritmo.

Criar condições para que o idoso seja o mais independente possível exigiria dos governantes – e também do setor privado – avanços que requerem um investimento alto em infra-estrutura, saúde, tecnologia e recursos humanos. Esses avanços deverão ser alcançados pela sociedade brasileira, mas num tempo que não sabemos determinar.

Nesta perspectiva, e particularmente no mundo subdesenvolvido onde se insere o Brasil, é necessário pensar em indivíduos que estejam disponíveis para cuidar dos idosos que sobrevivem cada vez mais tempo, e para apoiá-los em suas necessidades. O cuidador informal passa a ser figura importante neste cenário, pois é ele quem proverá o auxílio que o idoso precisa em maior ou menor intensidade.

Como as mudanças demográficas estão se dando com certa defasagem ao longo do território brasileiro, é provável que a natureza do cuidador, esteja 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, ainda é socialmente esperado, ao passo que, no Sudeste – em razão do avançado processo de transição demográfica, urbanismo e modernização – ele é, provavelmente, uma figura menos freqüente.

Perfil do cuidador informal de idosos no Brasil

Os domicílios particulares permanentes com pelo menos um IPDA somam 6,3 milhões (14,2% do total contabilizado

pelo Censo Demográfico de 2000) e neles residem cerca de 22 milhões de pessoas (13,2% do total do universo correspondente). Pouco mais de 7,6 milhões (ou 34,4%) têm 60 anos ou mais e registram de alguma limitação de acordo com a definição – são os IPDA (Tab. 1). Este valor já está acrescido dos indivíduos que tem 80 anos e mais e não declararam nenhuma limitação. Desta forma, nos domicílios com IPDA, a média de idosos nesta categoria é 1,2.

Tabela 1 – Indivíduos que moram em domicílios com pelo menos um IPDA segundo registro de deficiência/incapacidade e idade acima ou abaixo de 60 anos de idade – Distribuição absoluta e relativa – Brasil – 2000

Indivíduos que moram em domicílios com pelo menos um IPDA		Registro de deficiência / Incapacidade		
		Não	Sim	Total
Números absolutos (em milhões)	Menos de 60 anos	11.051,90	2.290,60	13.342,50
	Mais de 60 anos	1.218,20	7.631,40	8.849,60
	Total	12.270,10	9.922,00	22.192,10
Distribuição relativa (%)	Menos de 60 anos	49,8	10,3	60,1
	Mais de 60 anos	5,5	34,4	39,9
	Total	55,3	44,7	100

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000.

As pessoas que não registram limitações somam 12,27 milhões; desse total deve-se excluir os menores de 18 anos – pois são considerados não habilitados para a função de cuidador – e os maiores de 80 anos, já incluídos entre os IPDA. Este recorte resulta em 8 milhões (36,1% do total de pessoas estudadas). São os que, aqui, se denomina potenciais cuidadores. Tais dados permitem uma primeira aproximação à relação oferta/demanda de cuidado: haveria, praticamente,

um potencial cuidador para cada idoso que precisa de assistência.

Sobre os IPDA, é importante mencionar o grau da incapacidade: 7,1% deles sofrem de problema mental permanente. Praticamente 2/3 dos idosos têm alguma dificuldade de enxergar e 66,4% dos idosos alegaram não ter nenhuma dificuldade para ouvir.² Quase metade dos idosos tem alguma, grande ou total incapacidade de caminhar/subir escadas e 6% têm algum tipo de deficiência dentre as enumeradas pelo Censo.

A Tabela 2 caracteriza sucintamente os IPDA. A distribuição por faixa etária e sexo mostra que, em todas as idades, as mulheres são maioria, o que se explica, em parte, por um efeito de composição, pois o mesmo ocorre na população total. No entanto, as razões de sexo apresentadas nas duas últimas colunas, com valores sistematicamente menores nos domicílios com algum IPDA são coerentes com a conhecida maior prevalência de incapacidade entre mulheres nestas idades e denotaria, também, uma relativa maior mortalidade masculina no universo dos IPDA.

Com relação ao arranjo familiar nos domicílios com pelo menos um IPDA, nota-se que uma importante proporção corresponde a arranjos outros que não a família nuclear. Com efeito, as duas últimas categorias (*Casal com filhos e/ou outros* e *Responsável com filhos e/ou outros*) somam quase 50%. Deduz-se da Tabela 2 que nos domicílios sem IPDA esses arranjos representam pouco mais de 20%.

2 Importante esclarecer, no caso de visão e audição limitadas, que existe registro de deficiência, mesmo na presença de óculos e aparelhos auditivos.

Tabela 2 – Características selecionadas dos IPDA residentes em domicílios particulares permanentes Brasil – 2000

A) Distribuição por idade	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)	Razão de sexo	
				IPDA	Total da população
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	77,6	81,4

B) Arranjos domiciliares segundo identificação de um IPDA	Domicílios com IPDA (%)	Total de domicílios (%)
Unipessoal	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: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000.

Deve-se levar em consideração também que existem 14,5% de domicílios unipessoais de IPDA neste grupo analisado, e que, por definição, essas pessoas não contam com um cuidador informal, uma vez que o critério de seleção é morar com o demandante do cuidado. Assumir que estes 14,5% de IPDA estão sem assistência não é razoável, principalmente quando se trata dos maiores de 80 anos. Provavelmente, grande parte desses IPDA tem alguém que lhes dedica atenção, porém sem compartilhar o mesmo domicílio; esta hipótese não pode ser testada com dados censitários.

Sobre os potenciais cuidadores informais (PCI)

De acordo com os critérios de seleção, foram identificados mais de um PCI no domicílio onde existem idosos que, potencialmente demandam assistência. Como explicitado anteriormente, os PCI têm idades entre 18 e 79 anos, sem registro de deficiência ou incapacidade, morando no mesmo domicílio do IPDA. Esse universo apresenta um perfil que coincide com o apontado na literatura para os cuidadores de idosos, como, por exemplo, predominância de filhos e mulheres cônjuges (Kinsella; Velkoff, 2001).

A composição dos PCI apresenta-se na Tabela 3 – indicando-se a relação de parentesco com o responsável pelo domicílio – e no Gráfico 1, com a distribuição etária segundo o estado marital (solteiro ou casado).

Em primeiro lugar, sobre a relação de parentesco, observa-se, por um lado, uma maior proporção da condição “filho” como PCI; isto seria de se esperar, uma vez que indivíduos jovens com limitações, assistidos freqüentemente pelos pais e que estariam ocupando posição de chefes/ cônjuges no domicílio, não se incluem neste estudo. Observa-se, também, uma maior presença feminina. Os totais indicam que há 9% a mais de mulheres em relação aos homens, com uma distribuição por idade mais envelhecida para as primeiras (idade média de aproximadamente 41 anos, contra 37 no caso dos homens). A diferença na composição por idades é maior entre 50 e 69 anos, onde a representatividade das mulheres (13,55%) é praticamente o dobro dos homens (7,02%). Esta predominância da mulher como cuidadora é constatada por outros estudos (Wanderley, 1998; Sommerhalder, 2001; Diogo *et al.*, 2005).

Tabela 3 – Relação do PCI com o responsável pelo domicílio segundo sexo e faixa etária – Brasil – 2000*

Relação com o responsável pelo domicílio	Grupos de idade					Total	
	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69		70 a 79
Homem							
Pessoa responsável	0,68	1,81	2,24	2,03	2,89	1,92	11,56
Cônjuge, companheiro(a)	0,06	0,15	0,16	0,15	0,16	0,10	0,78
Filho(a), enteado(a)	15,2	7,70	3,15	0,86	0,15	0,02	27,07
Pai, mãe, sogro(a)	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,07	0,17
Neto(a), bisneto(a)	2,87	0,19	0,03	-	-	-	3,10
Irmão, irmã	0,24	0,23	0,21	0,17	0,11	0,05	1,01
Outro parente, agregado, etc.	1,90	1,18	0,62	0,29	0,13	0,05	4,18
Sub-Total	20,97	11,26	6,41	3,52	3,50	2,20	47,87
Mulher							
Pessoa responsável	0,19	0,63	1,02	1,08	0,77	0,32	4,01
Cônjuge, companheiro(a)	0,97	2,17	2,84	4,44	4,93	2,29	17,64
Filho(a), enteado(a)	11,09	6,45	2,99	1,04	0,23	0,02	21,83
Pai, mãe, sogro(a)	0,02	0,02	0,03	0,08	0,15	0,17	0,46
Neto(a), bisneto(a)	1,96	0,15	0,02	0,01	-	-	2,14
Irmão, irmã	0,18	0,20	0,20	0,20	0,19	0,15	1,11
Outro parente, agregado, etc.	2,88	1,05	0,46	0,26	0,18	0,09	4,94
Sub-Total	17,29	10,67	7,56	7,1	6,45	3,05	52,13
TOTAL (Ambos sexos)	38,26	21,93	13,98	10,63	9,94	5,25	100

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000.

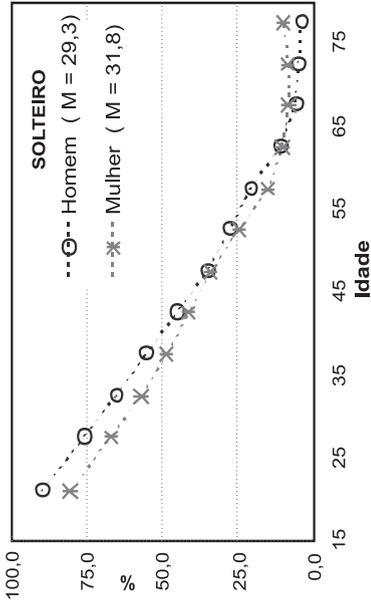
* PCI moradores de domicílios com pelo menos um IPDA.

Finalmente, nessas faixas de idade e até em idades mais avançadas, grande parte dos PCI femininos desses domicílios – em torno de 75% – está na posição de parceira do chefe. Por último, uma proporção de relativa importância nesses domicílios é a presença de “outros parentes, agregados, etc”. Essa proporção é mais importante do que a relativa a pais/sogros, irmãos, somando, no caso, perto de 10%; como referência, sabe-se que, na população total, essa proporção é inferior a 6%.

Com relação ao perfil do *status* marital entre os PCI, sua composição mostra-se bastante diferenciada se comparada ao restante da população. Se considerada a população solteira, observa-se que a proporção de solteiros PCI (em domicílios com IPDA), tende a ser maior nas primeiras idades, com clara diferenciação nas idades centrais, isto é, entre as idades 30 até 50 anos, aproximadamente. A título de exemplo: nas idades 35-40 anos, a proporção de solteiros fica em torno de 50% nos domicílios com PCI; já para o resto da população essa proporção fica entre 10 e 15%, podendo deduzir-se que há uma significativa probabilidade de um cuidador vir a ser solteiro e na faixa da média idade. Como resultado, tem-se uma distribuição por idade de PCI solteiros mais velha nos domicílios onde há idosos suscetíveis a demandar assistência. (Ver os valores da Idade Média – M – da distribuição por idade, incluída no Gráfico e calculada para as idades entre 18 e 79 anos).

A distribuição dos casados é, praticamente, inversamente complementar. Neste caso, fica patente que a composição por idade da população casada PCI é bastante mais velha para ambos os sexos, sendo mais acentuada no caso das mulheres. Entre estas, a média está próxima de 50 anos (sendo que no resto da população este valor é de 39,2 anos). Pode-se afirmar, a partir deste perfil que, nos domicílios com IPDA, os potenciais cuidadores são, com frequência, mulheres casadas e com idade superior a 50 anos.

a) Potenciais cuidadores informais em domicílios com IPDA



b) População de 18 a 79 anos em domicílios sem IPDA

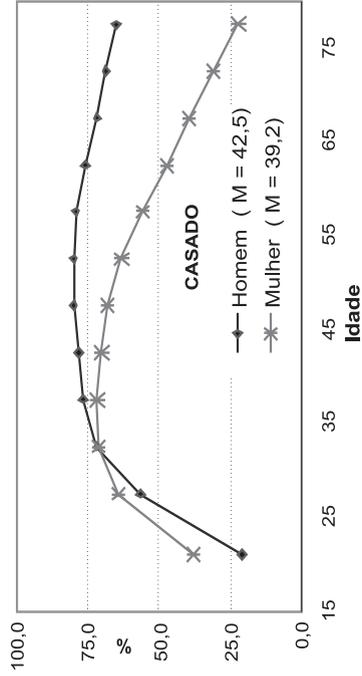
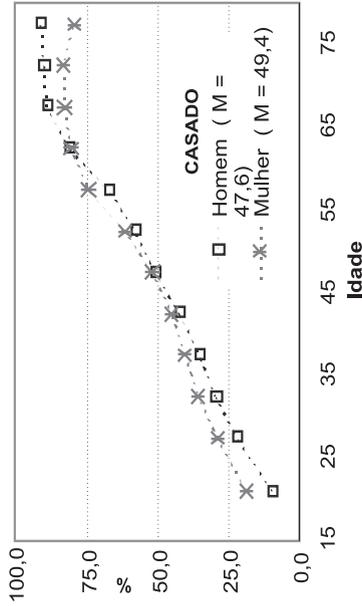
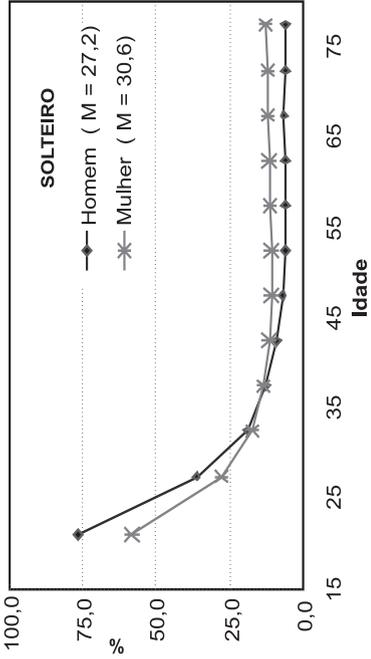


Gráfico 1 – Distribuição por idade dos indivíduos solteiros e casados, com indicação da idade média da distribuição – Brasil – 2000

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000.

Em síntese, os dados apresentados sugerem, indiretamente, que os potenciais cuidadores informais, membros do mesmo domicílio onde se encontra um IPDA tem características bastante definidas. Ocupam a posição de filhos ou companheiros, havendo neste último caso, predominância de mulheres. São, em maioria, solteiros e são mais representativos do que no resto da população em determinadas idades (entre os 30 e 50 anos, aproximadamente). Nas idades mais avançadas, acima de 50 anos, há predominância da condição de casado, tanto para homens como para mulheres.

Perfil do cuidador de idosos a partir de cinco cidades brasileiras

O perfil do cuidador, sintetizado linhas acima, foi obtido indiretamente a partir da grande massa de dados quantitativos fornecida pelo Censo. Para se ter uma visão mais completa do cuidador informal, é necessário considerar elementos mais próximos do objeto de estudo, ou seja, as informações obtidas nas entrevistas em profundidade que captam os desejos, as sensações e as expectativas desses cuidadores.

As entrevistas em profundidade foram realizadas nas cidades de Recife, João Pessoa, Santa Rita, Porto Alegre e Belo Horizonte no período de julho a agosto de 2007. Por trás da escolha das cidades, descansa o pressuposto da existência de um perfil diferenciado do cuidador segundo o estágio de transição demográfica da população a que o indivíduo pertence. Por isso, foram realizadas entrevistas nas regiões Sul/Sudeste/DF e Norte/Nordeste/Centro-Oeste, como tipos de população com início da transição demográfica diferenciado no tempo.³

³ Em termos gerais, o primeiro grupo de regiões – particularmente Sul e Sudeste – apresentou quedas sustentadas e importantes desde os anos 60; já o segundo grupo o fez na década de 90. Embora se note, atualmente uma convergência dos níveis de

As características de ocupação e inserção no mercado de trabalho são as que mais se diferenciam entre as regiões estudadas, 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 altas na região 2, para avaliar em que medida esses fatores afetam o tipo de cuidado oferecido ao idoso necessitado.

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, independentemente 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 para instituições.

O que diferencia as duas regiões é que, na região 2, os cuidadores investigados trabalham freqüentemente em tempo integral fora de casa e consideram a possibilidade de opções alternativas. Recorrem a internações, mas costumam carregar sentimentos de culpa. O diferencial de ocupação indica que este perfil, que é o comum na região 2, está num estágio mais avançado da transição demográfica, onde a inserção da mulher no mercado de trabalho é mais freqüente e ela assume outros papéis na família e na sociedade.

No caso apresentado a seguir, a doença da idosa já estava num estágio que prejudicava a vida da filha, que era a cuidadora, uma mulher já inserida no mercado de trabalho, casada e com filhos adultos, mas que encontrou dificuldades em conciliar os papéis que deveria exercer. Isto foi agravado pelo fato da doença da mãe ter sido bastante complicada de lidar.

fecundidade e mortalidade em todas as regiões do Brasil, os dados das PNADs mais recentes indicam que, no primeiro quinquênio dos anos 2000, os níveis dessas variáveis ainda são menores para primeiro grupo.

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... (Mirian,⁴ 59 anos, professora universitária, moradora da região 2; a mãe tem alucinações).

Tratar da mãe dentro de casa era uma situação que levaria a filha, fatalmente, a alguma doença, o que acontece com muitos cuidadores. Aqueles que cuidam de pessoas com doenças que afetam a lucidez de maneira mais forte, correm o risco de ser, também, severamente afetados, tendo a sua saúde física e mental comprometida.

A atitude de internar a mãe, mesmo considerando ser a melhor opção, convive com sentimentos de culpa. Ela tem consciência de que fez o melhor que pode, mas foi imediatamente cobrada pela sociedade, por ter “abandonado” seu papel de filha.

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

⁴ Os nomes foram alterados para preservar a identidade do entrevistado.

Tudo era eu: levar 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 e eu tinha que cuidar dela. (Mércia, 57 anos, lavadeira, moradora da região 1).

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, nessa região, as pessoas entrevistadas encontram-se com mais frequência trabalhando fora de casa em período integral 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 menos avançado em que se encontra 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.

Em síntese, a pesquisa qualitativa mostrou que os indivíduos não escolhem conscientemente o papel de cuidador, sendo a função comumente preenchida pelo familiar mais próximo física e afetivamente, geralmente a mulher.

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. Foram construídos dois cenários de provável evolução do volume de IPDA:

- a) demanda constante (cenário pessimista): utilizando a porcentagem da população que é IPDA por faixa etária quinquenal do Censo de 2000 e que será aplicada em todos os anos da projeção;
- b) demanda menor (cenário otimista): a cada período investigado, uma proporção menor de pessoas entra para o grupo IPDA. Evidentemente, isto só causa um atraso no evento, uma vez que a incapacidade muito provavelmente, acontecerá, embora numa idade mais avançada.

Demanda por cuidadores informais

Considerando que a proporção de IPDA manter-se-á constante ao longo do tempo, pode-se aplicá-la à população esperada. A Tabela 4 mostra, em percentual, os incrementos quinquenais da população de IPDA entre o quinquênio em questão e o quinquênio imediatamente anterior.

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%. A leitura é a mesma para os demais grupos. É importante ressaltar que esse 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.

Num outro cenário, pressupondo adiamento da ocorrência da incapacidade, os resultados dos incrementos do grupo de IPDA são apresentados na Tabela 4. 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. Esses 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).

No 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 do que o encontrado para o cenário constante, mas de qualquer maneira, alto e significativo.

Escolha do potencial cuidador informal principal

Para operacionalizar e quantificar de maneira mais adequada a oferta de PCI é necessário o conceito de PCI principal (PCIP). Seguindo a literatura e os achados do estudo qualitativo, muito freqüentemente, há um único cuidador na família, e quando há mais de um, existe sempre a figura de um cuidador responsável ou principal. Quando o IPDA tem o cônjuge, as chances maiores de cuidado caberão a este. Em seguida, na falta deste, o papel é assumido pelos filhos, preferencialmente as mulheres solteiras. Na falta de qualquer um desses perfis – que acabam sendo os que prevalecem –, aplicam-se outras alternativas para, naqueles domicílios com PCI, identificar o cuidador considerado principal. A definição operativa do cuidador dependerá da posição do IPDA no domicílio, que pode ser:

- 1) chefe do domicílio;
- 2) cônjuge ou companheiro do chefe do domicílio;
- 3) pai, mãe, sogro(a) do chefe do domicílio;
- 4) filho(a), enteado(a) do chefe do domicílio.

O procedimento operacional para identificar o PCIP ilustra-se nos Quadros 1 e 2 do Anexo para os casos 1 e 3. Esquemas alternativos foram utilizados para outros casos (ver mais detalhes em Ferreira, 2007).

Tabela 4 – Incrementos quinquenais no volume de IPDA considerando os cenários constante e otimista, por idade e sexo – Brasil – 2000-2015*

Faixa etária	2000-2005		2005-2010		2010-2015	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
A) Cenário constante						
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
B) Cenário otimista						
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: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000; Cedeplar. Resultados preliminares de projeções – dados de circulação restrita, 2007.

* É importante ressaltar que foram retirados das projeções 0,8% do volume de pessoas que, segundo os censos, não moram em domicílios particulares permanentes. A retirada respeitou a composição por grupo etário e sexo dos indivíduos.

Depois dessa seleção, dentre os pouco mais de 8 milhões de PCI, restaram 3,7 milhões de PCIP que representam cerca de 46% do grupo de PCI anteriormente analisado. Com base apenas neste valor, já se pode inferir inicialmente que, em 2000, a proporção cuidador/idoso é, praticamente, de dois idosos para cada cuidador. Inicialmente, ao se analisar todos os potenciais cuidadores, essa proporção foi de 1:1.

A seleção do PCIP mediante os procedimentos acima mencionados resultou na Tabela 5, que mostra a relação dos PCIP com os IPDA. É possível perceber o que já foi mencionado anteriormente sobre a predominância de cuidadores cônjuges e filhos e os do sexo feminino.

Depois de selecionado o PCIP, é possível estruturar a relação do PCIP/IPDA:⁵ 38% dos cuidadores são cônjuges ou companheiros do IPDA e 52,3% são filhos(as) ou enteados(as) do IPDA. Somando as duas posições, temos que 90,4% dos PCIP ou são cônjuges ou são seus filhos e mais de 60% desse grupo é composto de mulheres.

Tabela 5 – 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: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000.

* PCIP moradores de domicílios com pelo menos um IPDA.

⁵ O Censo permite apenas que se estabeleça a relação do indivíduo com o chefe do domicílio e não a relação entre os demais indivíduos, daí que os resultados devam ater-se a esse formato.

Oferta de cuidadores informais

Definido o PCIP, pode-se mensurar a oferta de cuidadores informais. O grupo total de PCIP por faixa etária, e sua proporção em relação a toda população dessa mesma faixa etária, estão apresentados na Tabela 6. 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 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.

Tabela 6 – 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	11.543.184	11.608.083	219.950	293.071	0,019	0,025
25 a 29	6.716.106	6.984.842	118.859	188.479	0,018	0,027
30 a 34	6.286.217	6.623.394	112.089	214.030	0,018	0,032
35 a 39	5.893.159	6.269.174	108.865	229.812	0,018	0,037
40 a 44	5.063.328	5.404.887	89.547	217.230	0,018	0,040
45 a 49	4.177.073	4.487.366	65.136	203.765	0,016	0,045
50 a 54	3.374.089	3.628.674	56.069	224.691	0,017	0,062
55 a 59	2.568.556	2.851.515	52.819	260.087	0,021	0,091
60 a 64	2.134.463	2.441.279	89.645	268.811	0,042	0,110
65 a 69	1.613.063	1.933.437	109.796	198.502	0,068	0,103
70 a 74	1.231.918	1.513.570	92.586	138.607	0,075	0,092
75 a 79	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: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000.

Essa mesma proporção foi aplicada às projeções de população por sexo e faixa etária para os anos de 2005, 2010 e 2015, com os resultados mostrados na Tabela 7.

Tabela 7 – 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	1,07	1,06	0,97	0,96	0,96	0,95
25 a 29	1,16	1,14	1,11	1,10	0,97	0,96
30 a 34	1,05	1,05	1,17	1,15	1,11	1,10
35 a 39	1,05	1,05	1,06	1,05	1,17	1,15
40 a 44	1,13	1,15	1,05	1,05	1,06	1,05
45 a 49	1,17	1,18	1,14	1,15	1,06	1,05
50 a 54	1,18	1,20	1,18	1,19	1,15	1,15
55 a 59	1,23	1,22	1,18	1,21	1,19	1,19
60 a 64	1,09	1,10	1,24	1,23	1,19	1,22
65 a 69	1,15	1,15	1,10	1,11	1,26	1,24
70 a 74	1,07	1,11	1,16	1,17	1,11	1,12
75 a 79	1,16	1,23	1,10	1,14	1,17	1,18

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000. Cedeplar. Resultados preliminares de projeções – dados de circulação restrita, 2007

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

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. No Gráfico 2 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.

A Tabela 8 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, a 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.

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.

Tabela 8 – Razão IPDA /PCIP nos cenários constante e otimista do tamanho do grupo IPDA – Brasil – 2000-2015

Ano	Cenário otimista	Cenário constante
2000	2,07	2,07
2005	2,03	2,08
2010	2,03	2,18
2015	2,13	2,33

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000. Cedeplar. Resultados preliminares de projeções – dados de circulação restrita, 2007.

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 do 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.

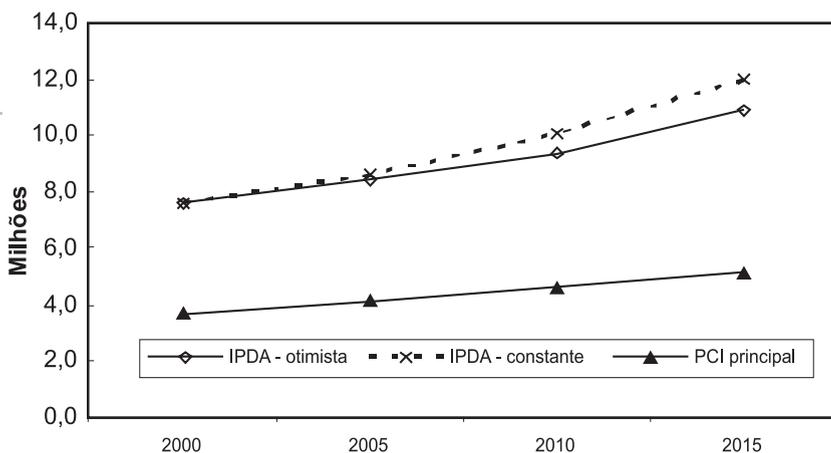


Gráfico 2 – População de PCIP e IPDA nos cenários constante e otimista – Brasil – 2000-2015

Fontes: IBGE. Microdados do Censo Demográfico de 2000. Cedeplar. Resultados preliminares de projeções – dados de circulação restrita, 2007.

Considerações finais

O estudo sobre cuidadores de idosos é um tema importante no contexto do rápido envelhecimento populacional. À medida que os idosos vivem mais, faz-se necessário – além de prover os recursos econômicos necessários para a sobrevivência – a presença de alguém capaz de cuidar de suas necessidades físicas e emocionais. Essa pessoa é o cuidador informal que, geralmente, é um familiar não-pago para exercer essa função.

Estudos já realizados no Brasil e no mundo, mostram que o cuidado dispensado ao idoso vem 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 desses 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 trouxe, como uma das conseqüências, a diminuição do estoque de potenciais cuidadores. Com poucos filhos, ou sem nenhum, as possibilidades de um amparo familiar na velhice diminuem.

Os métodos quantitativos e qualitativos indicam que, independentemente da região em que vive, o cuidador nutre um sentimento de obrigação de cuidar, e, quando se trata especialmente dos pais, não se sentem confortáveis em delegar essa 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 diante das responsabilidades e expectativas

da sociedade em relação a essa 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 de dois cenários de demanda e um cenário de oferta mostra volumes diferenciados em cada um deles, porém, em ambos a demanda aumenta proporcionalmente mais do que a oferta.

O principal achado deste trabalho é que qualquer simulação mostra demograficamente que a oferta e a demanda de cuidadores informais dentro das famílias aumentarão de forma desproporcional, distanciando cada vez mais os dois grupos.

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.

Este trabalho, embora deixe claro a urgente necessidade de maiores estudos sobre o assunto, evidencia, também, a necessidade de geração de dados em ambos os níveis, quantitativo e qualitativo, que possibilitem esses estudos.

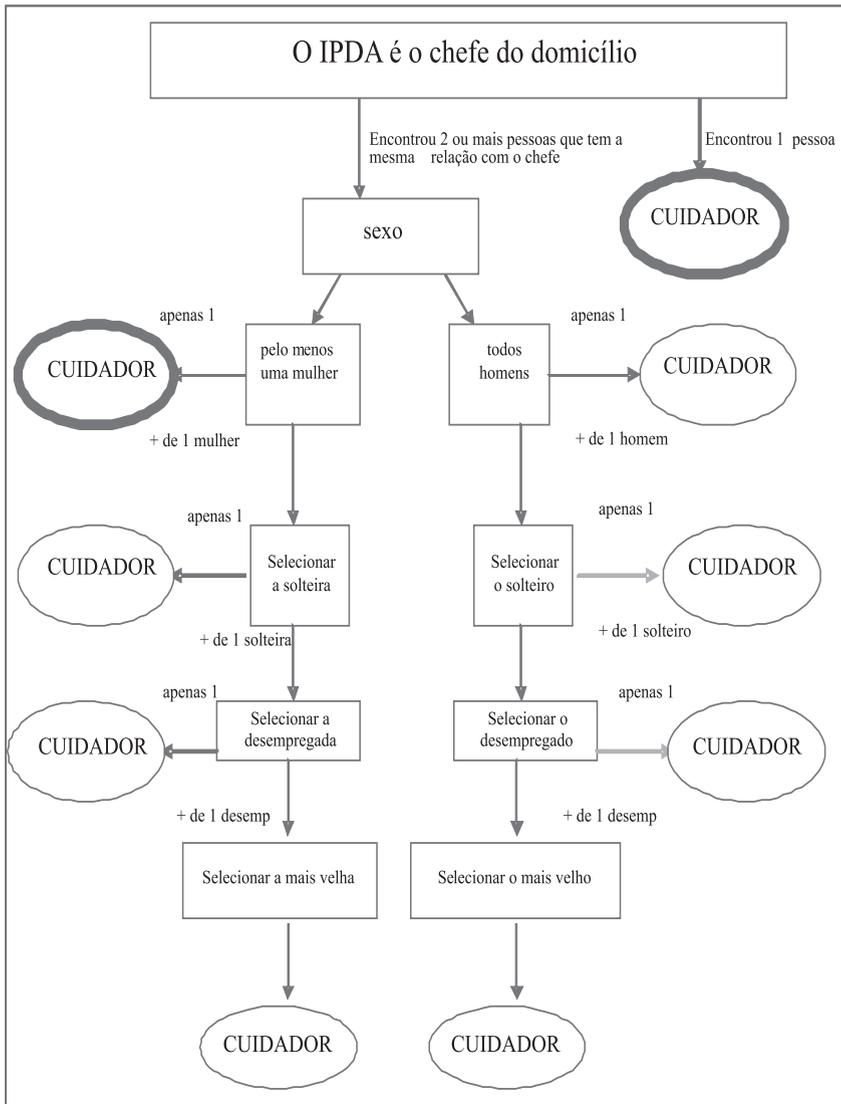
Referências

- 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.
- CEDEPLAR. Resultados preliminares de projeções – dados de circulação restrita. 2007.
- DIOGO, M. J. D'É.; CEOLIN, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n.1, p. 97-102, mar. 2005.
- FERREIRA, Álida. R.S. *Identificação e caracterização da oferta de cuidadores informais da população idosa e suas perspectivas até o ano de 2015 no Brasil*. 2007. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- 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.
- GUZMÁN, J. M. ; HUENCHUAN, S. ; MONTES DE OCA, V . Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. *Notas de población*. Santiago, Chile, n. 77, p. 35-70, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico de 2000: microdados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Disponível em CD-ROM)
- _____. *Resultados do censo demográfico de 1991*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm> Acesso em: out. 2007.
- KARSH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.
- KAWAS, C.; GRAY, S.; BROOKMEYER, R.; FOZARD, J.; ZONDERMAN, A. Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease : The

- Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Neurology, American Academy of Neurology*, n. 54, p. 2072-2077. 2000.
- 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>>
- KNODEL, J.; CHAYOVAN CH.; SIRIBOON S. The Familial Support System of Thai Elderly: An Overview – The future of the support system for the Thai elderly is uncertain. *Asia-Pacific Population Journal*. Disponível em: <<http://www.unescap.org/esid/psis/population/journal/1992/v07n3a6.htm>>.
- MARKS, N. F.; LAMBERT, J. D. *Family caregiving: contemporary trends and issues*. Madison: University of Wisconsin-Madison, May 1997. (NSFH Working Paper n. 78)
- NHIS. NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY (USA) 1997-2005. Disponível em: <<http://209.217.72.34/aging/ReportFolders/ReportFolders.aspx>> Acesso em: 15 out. 2007.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (Senama) *Aplicación en Chile de la Estrategia Regional de Implementación para America Latina y el Caribe del Plan de Accion de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile, 2007. Disponível em: <<http://www.senama.cl/amayor/archivos/brasilia.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2008.
- SOMMERHALDER, C. *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (SP), 2001.
- 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>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Active ageing : a policy framework : a contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain, April 2002.

ANEXO

Quadro 1 – Identificação do PCI principal quando o IPDA é o chefe do domicílio



Quadro 2 – Identificação do PCI principal quando o IPDA é pai, mãe, sogro(a) do chefe do domicílio

