



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Exatas e da Terra

Departamento de Estatística

Programa de Pós-graduação em Demografia – PPgDEM

Cristiane Alessandra Domingos de Araújo

**UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES FORMAIS DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, 2012.**

Natal / RN
2013

Cristiane Alessandra Domingos de Araújo

**UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES FORMAIS DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, 2012.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade

Coorientadora: Prof.^a Dra. Maria Helena Constantino Spyrides

Natal / RN
2013

Cristiane Alessandra Domingos de Araújo

**UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES FORMAIS DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, 2012.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Demografia.

Aprovado em: 22 de fevereiro de 2012 pela Comissão Examinadora

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade / UFRN
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Helena Constantino Spyrides /UFRN
(Coorientadora)

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia / UFRN
(Convidado)

Prof. Dr. Mardone Cavalcante França / UFRN
(Convidado)

Profa. Dra. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha / UFMG
(Convidada)

Natal / RN
2013

Dedico este trabalho a minha família – Marli (mãe), Francisca (*in memoriam*), Adrienne (filha), Cláudia e Patrícia (irmãs), Clarissa, Camila, Heron e José Izac (sobrinhos) –, pelo apoio, solidariedade, amor incondicional e por sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, o ser supremo e criador de tudo e de todos, por proporcionar minha existência e a das pessoas queridas, pela oportunidade de ingressar na pós-graduação em Demografia e por me fortalecer nos piores momentos, me impedindo de desistir;

Agradeço aos meus pais, João (*in memoriam*) e Marli, por me ensinarem a viver a vida com dignidade e honestidade; por seus esforços, dedicação, compreensão e disponibilidade em todos os momentos, me proporcionando uma boa criação e educação;

Agradeço também às minhas irmãs pelo incentivo e suporte familiar;

A minha avó Francisca (*in memoriam*), por me criar, estabelecer limites, me dar carinho e amor até o momento em que o Criador a chamou;

A todos os professores e funcionários do curso de pós-graduação em Demografia pelo apoio, amizade e pela disponibilidade em nos atender nos momentos de sufoco;

À professora Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade, pela dedicação, amizade, disponibilidade e incentivo na elaboração da dissertação e no decorrer de toda a pós-graduação, como também por me aceitar como orientanda;

À professora Dra. Maria Helena Constantino Spyrides, por seu incentivo, disponibilidade e profissionalismo;

A Maria de Fátima Miranda Barbosa, minha amiga e companheira de mestrado, pelo suporte, incentivo e companheirismo nos momentos mais difíceis desta jornada;

Registro neste trabalho alguns agradecimentos especiais àqueles que estiverem presentes ao longo desta caminhada – meus queridos colegas e amigos do mestrado Gracineide, Denise, Josivan, Antonino, Renata, Josenildo, Kleber e Ítalo – pelo companheirismo e pela colaboração durante todo o curso.

Agradeço ao CNPq pelo suporte financeiro, através de bolsa de demanda social, sem a qual não seria possível cursar o Mestrado;

E finalmente, agradeço a todos aqueles que me ajudaram direta ou indiretamente e que não foram mencionados, pelo apoio, companheirismo e prontidão na elaboração deste projeto.

MUITO OBRIGADA a todos!

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.

(Leonard Boff, 1999).

RESUMO

ARAÚJO, Cristiane Alessandra D. de. **Uma análise sociodemográfica dos cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012.** 170f., Dissertação [Mestrado em Demografia] – Programa de Pós-Graduação em Demografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

O envelhecimento populacional e individual tem sido objeto de diversos estudos na atualidade. Isso se deve, provavelmente, ao impacto desse fenômeno em diversos setores da sociedade, principalmente nos de previdência social, assistência social e saúde pública. O envelhecimento do indivíduo, na figura do idoso, demanda serviços específicos, tendo em vista as limitações e vulnerabilidades do indivíduo nessa fase da vida humana. O crescimento desse contingente nas últimas décadas traz desafios para os gestores, para a família e para a sociedade. Nesse cenário, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) surgem como uma opção de auxílio e amparo ao idoso e a sua família, com a prestação de assistência integral ou parcial nas atividades de vida diária e no autocuidado. No ambiente dessas ILPIs se encontra o profissional responsável pelo cuidado direto ao idoso, o cuidador formal de idosos. Diante de tal contexto, a dissertação apresenta dois grandes enfoques: uma análise do fenômeno do envelhecimento populacional num determinado município brasileiro – Natal/RN, – com base nos Censos Demográficos de 2000 e 2010, e uma caracterização social, demográfica e econômica do cuidador formal de idosos institucionalizado do município, avaliando os aspectos de sua qualidade de vida, e também, analisando as instituições onde estão inseridos. Ademais, pretende-se identificar os fatores socioeconômicos e demográficos, e os ligados à qualidade de vida que levam os cuidadores a deixar essa ocupação. Os dados utilizados na segunda parte deste trabalho provêm do projeto de pesquisa intitulado “*Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou. uma necessidade familiar?*”. A pesquisa envolveu 92 cuidadores formais, distribuídos em onze ILPIs localizadas em Natal/RN. No tratamento dos dados, foram utilizadas Regressões Logísticas, Análise de Agrupamento e Testes Estatísticos. A pesquisa permitiu constatar que o envelhecimento no município de Natal é maior nos bairros mais antigos e tradicionais: Petrópolis, Lagoa Seca e Tirol. Permitiu também uma ampla caracterização dos cuidadores formais lotados nas ILPIs. A maioria é do sexo feminino. A escolaridade predominante é ensino médio completo e mais. A maior parte dos cuidadores declararam estar casados/unidos ou alguma vez unidos. A renda familiar mensal é inferior a três salários. Quanto à idade, em média, é de 37,4 anos. O tempo médio de exercício da função de cuidador é de 5,93 anos. As associações mostraram que ser mulher, não ser solteiro, fazer o curso de cuidador e a limitação por aspectos físicos (domínio da qualidade de vida) se relacionam a pretensão de deixar de ser cuidador de idosos (atividade). Quanto à caracterização das ILPIs, verificou-se que as de natureza filantrópica são mais antigas e concentram o maior número de idosos institucionalizados (62,5%). Para contratar os cuidadores, os dirigentes das ILPIs citaram como principal qualidade/capacidade a interação social e a afinidade com o idoso. Pretende-se, com este estudo, contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso e de seu cuidador formal, fornecendo informações sobre aspectos da institucionalização do idoso, tanto em estabelecimentos filantrópicos quanto em estabelecimentos privados, no município de Natal/RN, que poderão servir de parâmetro para estudos posteriores mais aprofundados.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Cuidador formal de idosos. Instituições de longa permanência para idosos. ILPI. Idoso.

ABSTRACT

ARAUJO, Cristiane Alessandra D. de. **A analysis sociodemographic of the caregivers of formal of the institutionalized elderly in the Natal/RN city, 2012.** 170f, Dissertation [Master's degree in Demography] – Post-graduation Program in Demography, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

The aging population and individual have been the subject of a multitude of studies nowadays. This is probably due to the impact of this phenomenon in various sectors of society, like social security, social assistance and public health. The process of aging of the individual imply the demand for specific services, considering the limitations and vulnerabilities of the individual at that stage of life cycle. The growth of the elderly contingent in the last decades raises challenges for policymakers, the family and also for the society at large. In this scenario, long-stay institutions for the elderly (LSIEs) appear as an option to aid and support the elderly and their family, assisting in all or part in the activities of daily living and self-care. Inside these LSIEs we find the professional responsible for the direct care of the elderly, the formal caregiver. In this context, this dissertation presents two main objectives: an analysis of the phenomenon of population aging in a given Brazilian municipality – Natal / RN, based on the Demographic Censuses of 2000 e 2010; and a social, demographic and economic characterization of the Formal caregiver for the institutionalized elderly in the municipality, evaluating aspects of his quality of life and also analyzing the institutions where they are inserted. Furthermore, we intend to identify demographic, socioeconomic and quality of life factors that are correlated with caregivers quitting the job. The data used in the second part of this work comes from the research project named “Long-Stay Institutions for Elderly: abandonment or a family need?”. This survey interviewed 92 caregivers in eleven LSIEs in Natal/RN. In the data treatment logistic regressions, cluster analysis and statistical tests were used. The survey revealed that aging in Natal is more pronounced in the older, more traditional districts: Petrópolis, Lagoa Seca and Tirol. It also allowed a broad characterization of the formal caregivers in LSIEs. Most of these professionals are female. The educational level is predominantly complete high school and more. Most caregivers reported being married or in union, or have ever been in a union. Family monthly income is under three times the minimum wage. The mean age is of 37.4 years. The mean time of work as a caregiver was 5.93 years. The associations showed that being woman, not being single, having caregiving training and physical limitations (regarding quality of life) are related to wanting to quit the caregiving job. As for the characterization of the LSIEs, it was found that the philanthropic ones are older and have most (62.5%) of the institutionalized elderly. The institutions managers gave social interaction and affinity with the elderly as the main criteria with which to evaluate and hire caregivers. It is intended with this study to contribute to improving the quality of life of the elderly and their caregiver, providing information on aspects of institutionalization of elderly both in the philanthropic and particular institutions, in Natal/RN; this dissertation may also be used as a starting point for later works.

Keywords: Populational aging. Formal caregiver for the elderly. Long-stay institutions for the elderly. LSIE. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Transição demográfica.....	20
Figura 2 - Mapa de localização do município de Natal/RN.....	59
Figura 3 - Mapa de vulnerabilidade social do município de Natal/RN.....	62
Figura 4 - Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Norte (Natal/RN) – 2000 e 2010.....	65
Figura 5 - Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Sul (Natal/RN) – 2000 e 2010.....	66
Figura 6 - Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Leste (Natal/RN) – 2000 e 2010.....	67
Figura 7 - Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Oeste (Natal/RN) – 2000 e 2010.....	68
Figura 8 - Dendrograma para os 36 bairros de Natal/RN – 2010.....	69
Figura 9 - Mapa do Índice de envelhecimento no município de Natal – 2010.....	72
Figura 10 - Mapa da Razão de dependência idosa no município de Natal – 2010.....	73
Figura 11 - Mapa do Índice de longevidade no município de Natal – 2010.....	74
Figura 12. Mapa da localização espacial das instituições de longa permanência para idosos por município, região Nordeste – 2007-2008.....	77
Figura 13 - Mapa da localização espacial das instituições de longa permanência para idosos por município, Rio Grande do Norte – 2007-2008.....	77
Figura II - Histograma dos oito domínios dos aspectos da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, segundo a natureza da ILPI, 2012.	166

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de fecundidade total (TFT). Brasil e Grandes regiões, 1940-2010.....	22
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de idosos de 60 anos e mais de idade. Brasil, Grandes regiões, RN e Natal, 1970 e 2010.....	25
Tabela 2 - Algumas estatísticas descritivas das variáveis selecionadas para a análise de agrupamento por grupo formado.....	69

Tabela 3 - Cargo dos respondentes das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	75
Tabela 4 - Origem dos recursos para a manutenção das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	77
Tabela 5 - Médias e desvios padrão da mensalidade (R\$) e dos anos de funcionamento das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	78
Tabela 6 - Anos médios de vivência do idoso na ILPI, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	78
Tabela 7 - Quantidade de idosos assistidos por sexo e condição de dependência nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	80
Tabela 8 - Faixa etária por sexo dos idosos assistidos nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI.....	81
Tabela 9 - Principal motivo, de acordo com os respondentes, para os idosos serem levados nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	82
Tabela 10 - Principal qualificação exigida na contratação de cuidadores formais pelas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	83
Tabela 11 - Quantidade de leitos disponíveis por sexo, nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	83
Tabela 12 - Período médio de adaptação dos idosos (em dias) e Total de óbitos desde o início de funcionamento nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	85
Tabela 13 - Tipo de adaptação, após o impacto inicial da chegada à ILPI, dos idosos assistidos, de acordo com os respondentes, nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	85
Tabela 14 - Perfil socioeconômico dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da	89

ILPI, 2012.....	
Tabela 15 - Idade (em anos), Quantidade de filhos vivos, Tempo (em meses) que exerce a atividade de cuidador de idosos e Quantidade de idosos sob a responsabilidade dos cuidadores formais das instituições de longa permanência para idosos, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	90
Tabela 16 - Principal motivo da escolha da atividade por parte dos cuidadores formais das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	91
Tabela 17 - Grau de satisfação com a atividade de cuidador de idosos na ILPI, Vínculo empregatício com a ILPI, Qualificação para o exercício da atividade, Carga horária mensal e Pretensão de deixar a atividade dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	92
Tabela 18 - Condições sociodemográficas e econômicas dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a pretensão de deixar a atividade, 2012.....	94
Tabela 19 - Modelo final da Regressão logística. Variável-resposta: Pretensão de deixar de ser cuidador de idosos?.....	95
Tabela 20 - Avaliação do estado geral de saúde, e comparação do estado atual com o de um ano atrás dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	96
Tabela 21 - Médias, desvios padrão e p-valores do Teste U de Mann Whitney para os domínios dos aspectos da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, por natureza da ILPI, 2012.....	98
Tabela 22 - Médias, desvios padrão e p-valores do Teste U de Mann Whitney dos aspectos físicos e dos aspectos mentais da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, por natureza da ILPI, 2012.....	98
Tabela 23 - Médias, desvios padrão e p-valores do Teste U de Mann Whitney para os domínios dos aspectos da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, segundo a pretensão de deixar de ser cuidador.....	99
Tabela 24 - Grau de dependência de um idoso considerado orientado por seu cuidador formal, na visão do cuidador formal do idoso institucionalizado, segundo a	100

natureza da ILPI, 2012.....	
Tabela 25 - Rastreo de violência contra o idoso residente nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.....	101
Tabela 26 - Modelo final da Regressão logística. Variável-resposta: Risco Perpetrado de violência contra o idoso institucionalizado por parte de seu cuidador formal.....	101
Tabela G1 - Proporção (%) de jovens, adultos e idosos por zona administrativa e bairro em Natal/RN, 2000-2010.....	155
Tabela G2 - Índice de envelhecimento, Razões de dependência idosa e Índice de longevidade para o Brasil, Grandes regiões, Rio Grande do Norte e Natal, 2010.....	157
Tabela G3 - Índice de envelhecimento por bairro em Natal/RN, 2000-2010.....	158
Tabela G4 - Razões de dependência idosa (60 anos e mais) por bairro em Natal/RN, 2000-2010.....	160
Tabela G5 - Índice de longevidade por bairro em Natal/RN, 2000-2010.....	162
Tabela H1 - Idades mínima e máxima dos idosos assistidos nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.....	163
Tabela H2 - Bairro de localização das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.....	163
Tabela H3 - Profissionais da área da saúde, por tipo, nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.....	164
Tabela H4 - Serviços oferecidos aos idosos assistidos pelas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.....	165

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Parecer substanciado de aprovação da pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da UFRN.....	126
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do responsável da instituição de longa permanência para idosos.....	128
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido do cuidador formal de idosos institucionalizado.....	130
APÊNDICE D – Declaração de anuência de participação na pesquisa das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.....	132

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Questionário: Caracterização da instituição de longa permanência para idosos.....	144
ANEXO B – Questionário: Perfil sociodemográfico do cuidador formal de idosos institucionalizados.....	145
ANEXO C – Questionário: Avaliação de qualidade de vida SF -36.....	146
ANEXO D – Questionário: Escala de atividades básicas de vida diária: Índice de Katz.....	148
ANEXO E – Questionário: Caregiver Abuse Screen (CASE).....	149
ANEXO F – Cálculo para obtenção dos domínios do questionário SF-36.....	150
ANEXO G – Outros indicadores do envelhecimento do município de Natal/RN.....	153
ANEXO H – Tabelas extras.....	162
ANEXO I – Figuras extras.....	165

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Amostragem Aleatória Simples
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades Básicas de Vida Diária
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CASE	Caregiver Abuse Screen
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CDOF	Cooperativa do Fitness
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CEP-UFRN	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
CIADE	Centro Integrado de Assistência Social da Igreja Evangélica Assembleia de Deus no RN
CJAI	Cuidadores de Crianças, Jovens, Adultos e Idosos
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DEST	Departamento de Estatística
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EUROFAMCARE	- projeto internacional de pesquisa financiada no marco do 5º Programa da Comunidade Europeia, na Ação-chave: Envelhecimento populacional e deficiências, 6.5: Saúde e serviços sociais de cuidados para a população idosa
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUND	Fundamental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Li	Limite inferior
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome
MOS	Medical Outcome Survey
MPAS	Ministério da Previdência e da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
NR	Não Respondeu
NS	Não Sabe responder
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REF	Referência
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RN	Rio Grande do Norte

SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (pesquisa desenvolvida em sete cidades da América Latina e Caribe pela Organização Panamericana de Saúde em convênio com várias organizações.)
SciELO	Scientific electronic library online
SEDH	Secretaria Especial dos Direitos Humanos
SEMTAS Natal-RN	Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social da Prefeitura de Natal-RN
SIDRA	Sistema de Recuperação Automática do IBGE
SM	Salário Mínimo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TD	Transição Demográfica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEM	Taxa Específica de Mortalidade
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNAMA	Universidade da Amazônia
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
Var	Variável
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	19
2.2 O CUIDADOR DE IDOSOS.....	28
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	44
3.1 FONTE DE DADOS.....	44
3.1.1 Análise do envelhecimento populacional no município de Natal/RN.....	44
3.1.2 Pesquisa “Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN”, 2012.....	44
3.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	46
3.2.1 Análise do envelhecimento populacional no município de Natal/RN.....	46
3.2.1.1 Indicadores do envelhecimento populacional	46
3.2.1.2 Pirâmides etárias.....	47
3.2.1.3 Análise de agrupamento.....	48
3.2.2 Pesquisa “Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012”	50
3.2.2.1 Metodologia da Pesquisa de Campo.....	50
3.2.2.2. Testes Estatísticos.....	54
3.2.2.3 Regressão Lógica.....	56
4 RESULTADOS	58
4.1 ANÁLISE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN.....	58
4.1.1 Pirâmides etárias populacionais do município de Natal/RN, por bairro (2000-2010).....	63
4.1.2 Análise de agrupamento dos bairros de Natal/RN.....	68
4.2 PESQUISA: “CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, 2012”	75
4.2.1 Caracterização das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.....	75
4.2.2 Perfil sociodemográfico e econômico dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.....	86
4.2.3 Fatores relacionados à pretensão de deixar de ser cuidador de idosos institucionalizados.....	93
4.2.4 Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.....	95
4.2.5 Percepção do cuidador formal do grau de dependência do idoso institucionalizado nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.....	99
4.2.6 Rastreamento de violência contra os idosos institucionalizados nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.....	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	126
ANEXOS.....	144

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, o envelhecimento populacional é tema recorrente em estudos epidemiológicos e demográficos, tendo em vista que a proporção de idosos aumenta em todo o mundo num ritmo acelerado, ocasionado pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade, acarretando o aumento da longevidade e da expectativa de vida (WONG e CARVALHO, 2006; BRITO, 2007; ALVES, 2008; ANTUNES 2010).

O processo de envelhecimento populacional observado em alguns países já pode ser visualizado no Brasil (BRITO, 2007), cuja estrutura etária sofre modificações nítidas, aceleradas e irreversíveis (VERAS, 2003; BRITO, 2007). Com a expansão do segmento idoso, surge a necessidade de estratégias que prevejam, de forma eficaz, as demandas por cuidados específicos, tendo em vista a fragilidade, a dependência e a vulnerabilidade do indivíduo nessa fase da vida (BATISTA et al., 2008).

Segundo Batista et al. (2008), o conceito de envelhecimento ou a definição de idoso não têm consenso nas literaturas especializadas e na sociedade em geral. Porém, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a idade base para ser considerado idoso, em países em desenvolvimento – caso do Brasil –, é 60 anos. Essa definição também está contida no art. 1º da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos cerca de 193 milhões de habitantes que o Brasil possui, os idosos de 60 anos e mais representam aproximadamente 10,8%.

Considerando-se as grandes regiões brasileiras, em 2010, a região Nordeste contava com aproximadamente 27,8% do total populacional (53.081.950 habitantes). Nesse contingente populacional, os idosos representavam 10,3% (IBGE, 2010), ao passo que, em 1970, o percentual era de apenas 4,6%. Ou seja, em quarenta anos os idosos duplicaram sua participação no Nordeste (IBGE, 1970,2010).

Como fenômeno que já vem sendo vivenciado pela sociedade brasileira e que se torna visível também na sociedade nordestina, o envelhecimento traz a necessidade de novas ações públicas ou adaptações das existentes, principalmente nos setores da previdência, assistência social e saúde. Assim, o reconhecimento desse processo deveria impor um redirecionamento da atuação do Estado, das famílias e de toda a sociedade em razão das mudanças nas demandas dessa população, com o intuito de proporcionar todas as condições

favoráveis para que os idosos possam permanecer saudáveis e produtivos, tendo acesso a uma melhor qualidade de vida (CORRÊA, 2010).

O fato é que o envelhecimento populacional traz desafios para a sociedade que não podem ser ignorados. Para Chaimowick (1997), o aumento da proporção de idosos, principalmente em idades avançadas, trará demandas de serviços e de profissionais que auxiliem nessa fase da vida, de forma a possibilitar que os anos adicionais sejam vividos em condições de saúde adequadas e que a qualidade de vida seja a melhor possível (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2001), a condição de saúde do idoso é que determina sua independência e autonomia, como também o seu período de contribuição para com a sociedade. Porém a condição da saúde não pode ser definida apenas como ausência de doenças. Ela deve ser vista como uma interação de diversos fatores, um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS,1992 *apud* HEGENBERG, 1998), não se associando necessariamente à idade do indivíduo.

Segundo Hayflick (1996 citado por SOARES, 2008), o envelhecimento não é sinônimo de doença, porém os dois são associados. É certo que em qualquer fase da vida o indivíduo, independentemente da idade, está suscetível a doenças. No entanto, com o aumento da idade, o sistema imunológico humano reduz sua capacidade de defesa do organismo, deixando o indivíduo mais vulnerável às morbidades – o que não significa necessariamente que adoeça.

Outra face negativa do ganho da longevidade é apontada por Diógenes (2007). Trata-se da inadaptabilidade social, do isolamento e da solidão, decorrentes da perda ou da mudança de papel das pessoas no seu contexto social e ou produtivo, à medida que a idade avança. Diante disso, as políticas públicas voltadas ao idoso devem promover também a saúde mental, o bem-estar e as relações sociais, que são tão importantes quanto a saúde física.

Manter a autonomia e a independência durante o envelhecimento é de extrema importância para o idoso, para a sociedade e para o Estado. Ademais, o processo de envelhecimento não atinge apenas o indivíduo idoso, e sim, toda a sua rede social (OMS, 2005).

Apesar de as mudanças decorrentes do desenvolvimento humano serem consideradas naturais, nos idosos ocorrem transformações severas em sua capacidade funcional. Daí a necessidade de terem alguém para ajudá-los no exercício das atividades cotidianas, que antes eram desempenhadas com naturalidade. Como no meio familiar nem

sempre há alguém disponível para exercer esse papel, surgiu o cuidador de idosos (SALIBA et al., 2007).

Segundo Paulo et al. (2008), o ato de cuidar inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido física ou mentalmente de exercer as tarefas práticas das atividades de vida diária e do autocuidado. Esse ato requer um preparo técnico, psicológico e emocional, pois o cuidador se torna peça fundamental na árdua tarefa de proporcionar um envelhecimento mais saudável, digno e com um menor comprometimento funcional (VONO, 2008).

Por sua complexidade, o ato de cuidar exige tanto física quanto psicologicamente do cuidador. Os sentimentos que permeiam a relação ali estabelecida tornam-se conflituosos e intensos. O estresse emocional e pessoal do cuidador pode ser enorme (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os sentimentos conflitantes adquiridos e absorvidos no exercício dessa atividade podem ser difundidos em toda a rede social do cuidador de idosos, e ainda, influenciar no cuidado prestado ao paciente, sendo inclusive fator determinante para o aumento do número de hospitalizações e do número de institucionalizações (TORTI et al., 2004; BALARDY, 2005; GRATÃO, 2006).

Se apoiados em Rios-Neto (2005, p. 376), consideramos que “[...] o aumento da esperança de vida faz com que uma porcentagem maior de pessoas viva parte de sua vida em estado de incapacidade física ou mental”, devemos admitir a necessidade de incluir entre as medidas de melhoria de qualidade de vida do idoso a formação de profissionais responsáveis pelo cuidado com ele.

Esses profissionais são os cuidadores de idosos. E em se tratando deles, há que se distinguir o cuidador formal do cuidador informal. O cuidador formal é a pessoa maior de idade, treinada e preparada por uma instituição reconhecida pública ou privada, que geralmente é remunerada pelo exercício da função (GRATÃO, 2010), ao passo que o cuidador informal geralmente é um membro da família ou da comunidade, que presta cuidados de forma parcial ou integral, nem sempre tem preparo técnico para exercê-los, e geralmente não é remunerado (OLIVEIRA et al., 2006).

O cuidador de idosos formal geralmente está vinculado a uma instituição destinada a cuidar dos idosos. Atualmente essas entidades são denominadas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e se apresentam como uma alternativa para o cuidado do idoso quando a família ou a sociedade não é capaz de fornecer assistência suficiente.

Na explicação de Bessa et al. (2012, p. 178,)

As instituições de longa permanência para idosos assumem a responsabilidade de cuidar quando o idoso perde seus vínculos com sua rede social, dando suporte ou assistindo suas necessidades com a finalidade de melhorar sua saúde e a qualidade de vida.

A atividade ocupacional de cuidador de idosos é reconhecida e está inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5.162-10, do Ministério do Trabalho (MTb). O profissional que a exerce é definido como “[...] uma pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado” (BRASIL, 2000).

A profissionalização do cuidador de idosos e a importância de sua qualificação vão além de uma mera exigência do mercado de trabalho, pois englobam questões como ética, tecnicidade, carinho, zelo e respeito (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - Unimontes, 2009).

No Brasil, poucos estudos abordam a realidade dos cuidadores formais de idosos nas ILPIs. Os poucos trabalhos realizados sobre esse tema abrangem localidades das regiões Sudeste e Sul e não visualizam a questão de forma integrada e sistêmica.

As instituições, onde atuam os cuidadores formais, sofrem muitos preconceitos, pois a institucionalização contraria padrões sociais que ditam que os filhos – em especial a filha – são responsáveis pelo cuidado dos pais idosos. Contudo, em uma realidade de envelhecimento populacional, de baixa fecundidade, e de crescente participação da mulher no mercado de trabalho, a institucionalização passa a ser uma necessidade e uma opção para um número cada vez maior de indivíduos (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES, 2008; WATANABE e DI GIOVANI, 2009).

Nesse contexto, faz-se necessário realizar estudos que visem amenizar e ou mitigar a sobrecarga dos cuidadores formais de idosos, inseridos nessas ILPIs, procurando identificar seus principais problemas e seus anseios e apontar possíveis soluções – que ensejem mudanças nas políticas públicas relacionadas ao bem-estar e à saúde dos idosos.

Considerando tal realidade, pretende-se, com esta dissertação, retratar a situação do cuidador de idosos institucionalizado no município de Natal, analisando os aspectos físicos e mentais de sua qualidade de vida, seu perfil social, econômico e demográfico. Pretende-se também traçar o perfil das instituições contratantes dos cuidadores formais em Natal, fornecendo informações úteis, no sentido de diminuir a sobrecarga emocional e psicológica a que são submetidos esses profissionais. Pretende-se ainda identificar o nível de dependência

do idoso institucionalizado, de forma a avaliar o grau de sobrecarga dessa dependência para os cuidadores formais que o atendem.

Pode-se afirmar, portanto, que esta dissertação tem como objetivo principal caracterizar o perfil social, demográfico e econômico do cuidador formal de idosos que trabalhavam nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN em 2012. E tem como objetivos complementares:

- Analisar o envelhecimento populacional nos diversos bairros do município de Natal/RN, estratificados por sexo e grupos etários;
- Agrupar os bairros de Natal em grupos homogêneos, de acordo com os indicadores de envelhecimento;
- Caracterizar as ILPIs existentes em Natal/RN quanto à estrutura técnica, capacidade e serviços, natureza, entre outros aspectos;
- Analisar a qualidade de vida (aspectos físicos e mentais) dos cuidadores formais de idosos institucionalizados nas ILPIs de Natal;
- Identificar possíveis variáveis sociodemográficas, econômicas ou complementares que podem influenciar a pretensão de deixar de ser cuidador (a) de idosos;
- Classificar o grau de dependência do idoso institucionalizado nas ILPIs de Natal, pela ótica de seu cuidador formal;
- Rastrear possíveis manifestações de violência contra os idosos institucionalizados nas ILPIs de Natal/RN.

Cumprе destacar que ela é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar?”, coordenado pela Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o edital universal nº 14/2012.

Este trabalho está organizado em 5 capítulos. No Capítulo 1, é feita a introdução da temática e descritos os objetivos. Na introdução discorre-se, de forma sucinta, sobre o envelhecimento populacional, o idoso e o cuidador de idosos. Em seguida, especifica-se o objetivo principal da dissertação, seguido dos detalhamentos específicos em forma de tópicos do objeto de estudo. No Capítulo 2, apresenta-se a revisão bibliográfica do tema. Esse capítulo está subdividido em duas partes: a primeira apresenta uma revisão bibliográfica do tema “envelhecimento populacional” no âmbito mundial, no Brasil, nas diversas regiões brasileiras, no estado do Rio Grande do Norte e no município do Natal/RN; a segunda traz

uma revisão bibliográfica sobre o tema “idoso”. O Capítulo 2 contém ainda considerações sobre os cuidadores de idosos, descrevendo sua definição ocupacional e base legal, seu histórico, seu papel frente ao envelhecimento populacional, entre outros aspectos. No Capítulo 3, são descritos os procedimentos metodológicos, operacionalização e fontes de dados utilizados, divididos em duas partes: a análise do envelhecimento em Natal e a caracterização do perfil do cuidador formal de idosos institucionalizados nas ILPIs de Natal em 2012. No Capítulo 4, são mostrados os resultados correspondentes às duas partes citadas anteriormente: a primeira parte apresenta o mapeamento do envelhecimento populacional em Natal/RN, com o agrupamento das áreas homogêneas; a segunda traz os resultados obtidos acerca do perfil social, demográfico e econômico do cuidador formal; a mensuração dos aspectos físicos e mentais da qualidade de vida do cuidador formal de idosos; a percepção do cuidador sobre o nível de dependência do idoso institucionalizado; os motivos pelos quais os cuidadores pensam em deixar de exercer tal atividade e o rastreamento da violência contra o idoso institucionalizado nas ILPIs de Natal. O Capítulo 5 é constituído por um breve sumário das principais evidências obtidas no trabalho, sendo tecidas as conclusões e considerações finais pertinentes.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

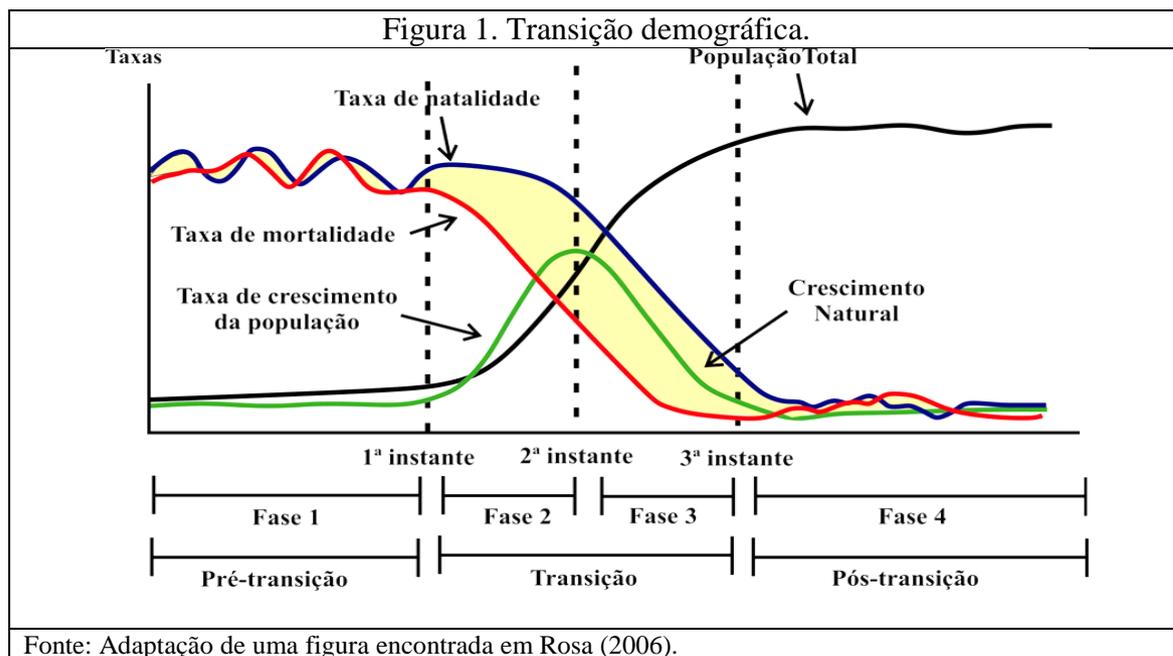
Na primeira parte deste capítulo, faz-se uma breve revisão teórica sobre o envelhecimento populacional – componentes demográficas responsáveis (causas), definição, indicadores, entre outros, nos âmbitos nacional, regional (Nordeste brasileiro), estadual (Rio Grande do Norte) e municipal (Natal/RN). Na segunda parte, descreve-se e define-se o envelhecimento individual, os modelos de cuidados de longa duração em nível internacional e nacional, as instituições de longa permanência para idosos e os cuidadores de idosos.

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A redução das taxas de fecundidade e de mortalidade é apontada por diversos autores como responsável pelo envelhecimento populacional, o qual resultou na alteração da estrutura etária e no aumento da expectativa de vida – longevidade (CHESNAI, 1999; GOLINI, 1999; VERAS, 2003; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 2004; SIEGEL e SWANSON, 2004; CHAMIE, 2005; ROSA, 2006; WONG e CARVALHO, 2006; VASCONCELOS et al., 2007; BRITO, 2007).

O processo de diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, no geral, pode ser denominado como Transição Demográfica (TD). Esse processo pode ser analisado em quatro fases e três instantes fundamentais (THOMPSON, 1929 *apud* GRATÃO, 2010).

No primeiro *instante*, a chamada pré-transição demográfica (1ª *fase*), as taxas brutas de natalidade e mortalidade apresentam-se altas, conseqüentemente o crescimento vegetativo é baixo. Em um segundo *instante*, o início da transição demográfica (2ª *fase*), o nível de mortalidade apresenta uma queda significativa, enquanto o da fecundidade se mantém alto, e ainda, o ritmo do crescimento natural aumenta, sustentando-se – nesse período ocorre o ritmo mais acelerado do crescimento demográfico, que se desacelera a partir do instante em que o declínio persistente da fecundidade se anuncia, caracterizando uma *fase* de incremento populacional a ritmo decrescente (3ª *fase*). E finalmente, há o terceiro *instante*, no qual os níveis tanto de fecundidade quanto de mortalidade já se encontram baixos –, iniciando a *fase* pós-transição demográfica (4ª *fase*), em que o crescimento populacional é muito lento, nulo, ou até negativo (THOMPSON, 1929 *apud* GRATÃO, 2010).



Brito (2007), baseando-se nas teorias de Thompson (1929), considera que o período da pré-transição demográfica nos países em desenvolvimento correspondeu ao século XVIII, com a revolução industrial. A fase de transição demográfica teve início em meados de 1950, com um ritmo decrescente do incremento populacional. E a fase de pós-transição demográfica iniciou-se, nesses países, no século XXI.

Há uma relação direta entre as fases da transição demográfica e as fases do crescimento econômico dos países. Coale e Hoover (1958), citados por Paiva e Wajnman (2005), lançaram uma nova interpretação da teoria malthusiana, inserindo a dinâmica demográfica nos modelos de crescimento econômico. Em sua interpretação, os autores analisaram os efeitos das mudanças na estrutura etária da população, provocadas pelas quedas da mortalidade e da fecundidade, sobre o crescimento econômico.

Segundo essa interpretação, os países mais desenvolvidos alcançaram a fase final da transição demográfica por volta de 1950, e um crescimento negativo após 2010. Os países em desenvolvimento tiveram um ritmo acelerado do crescimento vegetativo a partir de 1950, ao passo que os países menos desenvolvidos alcançarão a transição demográfica somente em 2050, com o ritmo de crescimento similar ao visto nos países mais desenvolvidos na década de 90 do século passado (CARVALHO, J., 2001; GRATÃO, 2010).

Alguns países, de forma isolada, já alcançaram o instante anterior à fase de pós-transição demográfica: os níveis de fecundidade e mortalidade se apresentam baixos, verificando-se um aumento maciço da proporção de idosos (BRITO, 2007).

Dentre as componentes demográficas – fecundidade, mortalidade e migração –, Alonso (2010) considera a fecundidade como a componente determinante para o envelhecimento de uma população, pois mesmo que a quantidade de idosos se eleve devido ao declínio dos níveis de mortalidade, esse efeito será amenizado caso as taxas de fecundidade se mantenham altas.

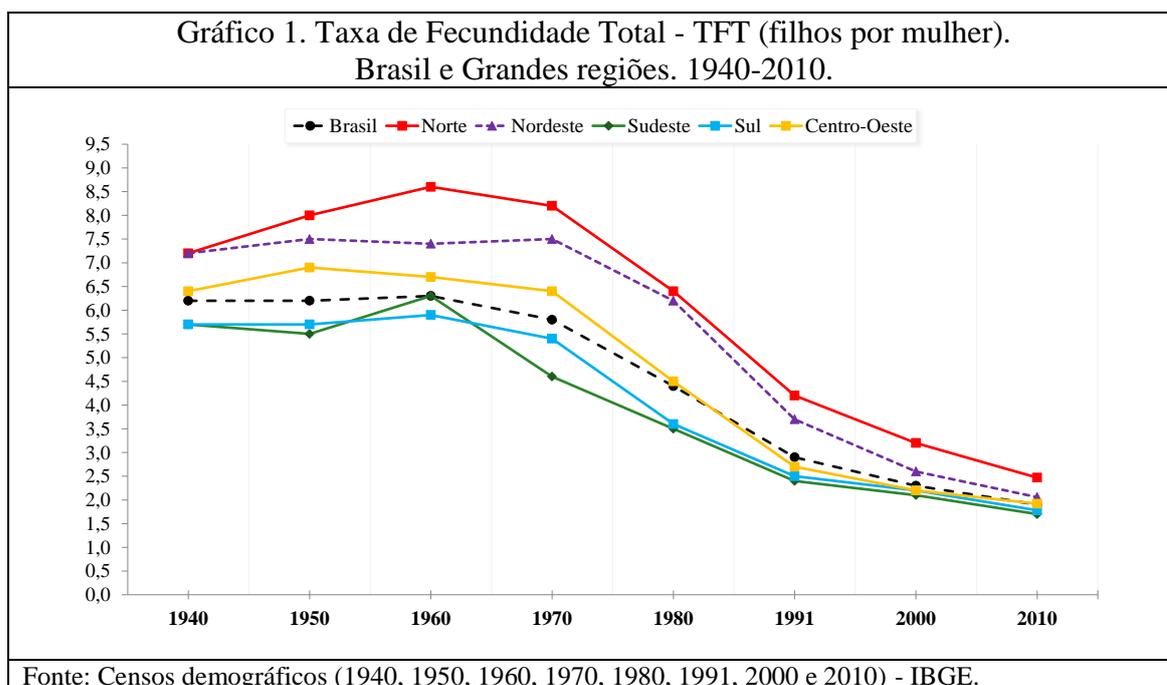
O impacto da queda da fecundidade se verifica diretamente na estrutura da pirâmide etária, pois se os níveis de fecundidade são altos a base da pirâmide será larga, caracterizando uma população predominantemente jovem – maior contingente de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade. O contrário também é verdadeiro, tendo em vista que, se os níveis de fecundidade são baixos, a base da pirâmide será estreita, diminuindo com isso a participação relativa do número de crianças e aumentando a proporção de idosos, mantidos os níveis de mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Carvalho e Brito (2005) consideram que o declínio acentuado e generalizado nas taxas de fecundidade nos países em desenvolvimento pode explicar a não ocorrência da chamada “explosão demográfica” ou “bomba demográfica”, como também a trajetória para o “crescimento zero” populacional.

Entre a década de 40 e 60, o Brasil, assim como a maioria dos países da América Latina, experimentava um declínio significativo da mortalidade, associado a uma fecundidade constante. Em meados dos anos 60, a fecundidade decaiu de forma rápida, ocasionando significativas e profundas mudanças na estrutura etária nacional em um curto espaço de tempo – um quarto de século –, em evidente contraste com a maioria dos países europeus, onde tal transição levou em torno de seis séculos para ocorrer (WONG e CARVALHO; 2006).

A transição da fecundidade brasileira, iniciada no final da década de 60, foi resultante de uma série de transformações econômicas, sociais, culturais e institucionais na sociedade, e, segundo Perpétuo e Wong (2003), o Estado teve, direta ou indiretamente, um papel determinante nesse processo com a implantação de ações governamentais de desenvolvimento e modernização, de políticas e programas de controle da natalidade e de projetos de planejamento familiar (adoção de métodos contraceptivos, por vezes irreversíveis). Porém, o fator fundamental para a queda da fecundidade, segundo Dias Júnior e Costa (2006), foi a emancipação feminina. A mulher passou a ter a possibilidade de escolha na concepção dos filhos, e isso influenciou diretamente as transformações da dinâmica da fecundidade. Segundo os autores, a queda da fecundidade brasileira foi um evento ímpar em todo o mundo, pela velocidade em curto espaço de tempo e pela intensidade do declínio.

No Brasil, a taxa de fecundidade total (TFT)¹, um dos indicadores da fecundidade, reduziu de 6,3 em 1960 para 5,8 em 1970, atingindo, em 2010, um nível abaixo da reposição²: 1,9 filho por mulher (Gráfico 1). Perpétuo e Wong (2003) projetam níveis ainda menores da TFT para as gerações futuras, o que reduzirá na estrutura etária brasileira a proporção do segmento mais jovem em relação ao segmento idoso.



Camargo e Yazaki (2002) ressaltam que a queda da fecundidade não aconteceu de forma homogênea no país, pois persistiam níveis elevados em determinadas regiões, ao passo que em outras já se encontravam níveis abaixo de reposição.

Dentre as regiões brasileiras, a Norte e a Nordeste, entre 2000 e 2010, foram as que apresentaram maiores quedas relativas da TFT – 23,4% e 21,4%, respectivamente –, apesar de serem as regiões com as taxas mais elevadas no âmbito nacional (BRASIL, 2012).

Na região Nordeste, os altos níveis de fecundidade até 1980 poderiam sugerir uma população jovem, porém devido a uma intensa emigração esse quadro não se consolidava (JERÔNIMO, 2010). A partir da década de 80, as taxas de fecundidade começaram a cair: num período de 15 anos (1980 a 1995), a região apresentou uma redução na TFT em torno de 50%. Em 1980, nasciam 6,1 filhos por mulher, ao passo que, em 1995, eram 3,0 filhos por mulher (BRASIL, 2012).

¹ A taxa de fecundidade total (TFT) indica o número total de filhos que uma mulher teria ao fim do seu período reprodutivo, sendo assim estimada através do somatório das taxas específicas de fecundidade dos grupos quinquenais de mulheres em idade reprodutiva multiplicado por 5, no caso $5 \sum f_x$.

² 2,1 filhos por mulher.

Entre as razões para o início da queda da fecundidade no Nordeste, aponta-se como altamente relevante a prevalência anticonceptiva, em especial a denominada “esterilização precoce”, ocorrida em décadas passadas. Promovida por organizações não governamentais (ONGs) e mesmo por políticas governamentais, essa intervenção era, muitas vezes, realizada na clandestinidade, reflexo direto da teoria econômica malthusiana (WONG, 2000).

Enquanto os níveis de fecundidade forem elevados e declinantes, a mortalidade tem pouca expressão, contrapondo-se ao efeito de envelhecimento gerado pela queda da fecundidade. Entretanto, quando os níveis de mortalidade já são baixos e todo o potencial de declínio da fecundidade já foi praticamente esgotado, a mortalidade passa a exercer o papel essencial, determinando o nível do envelhecimento, considerando-se a população fechada (MOREIRA, 2000).

No Brasil, o nível de mortalidade teve uma queda acentuada no fim da década de 30 do século passado (CAMARGO e FRIAS, 2001), ocasionando mudanças na estrutura etária. Com o aumento da probabilidade de sobrevivência do recém-nascido no início do século e a queda da mortalidade nas idades adultas (WONG e CARVALHO, 2006), essa componente se consolidou como coautora do processo de envelhecimento populacional.

Nas próximas décadas, a mortalidade no Brasil – em que pese à fragilidade dos dados –, concentrar-se-á nos grupos etários mais altos. Esse fato, associado à manutenção do declínio da fecundidade, terá como efeito a aceleração no processo de envelhecimento populacional (WONG e CARVALHO, 2006).

Veras (2003) revela que o processo de envelhecimento progredirá motivado pelos avanços nas áreas de engenharia genética e de biotecnologia, o que possibilitará melhorias consideráveis não só nos indicadores demográficos, mas também no aumento da esperança de vida – longevidade humana –, testando o limite da própria existência humana, ou do relógio biológico.

A esperança de vida ao nascer, considerada por diversos autores como um bom indicador da mortalidade, tem aumentado nas últimas décadas. No Brasil, de acordo com o IBGE (2010), entre 1980 e 2009, a esperança de vida do brasileiro passou de 62,5 anos para 73,3 anos – um aumento de mais de uma década de vida. Estima-se que o brasileiro, em 2025, viva em média 77 anos de idade.

No Nordeste, esse indicador, para o mesmo período, passou de 58,3 anos para 70,5 anos, o que corresponde a um acréscimo superior a doze anos de vida (IBGE, 2010). Comparada às populações de outras regiões brasileiras, a nordestina foi a que mais ganhou

anos adicionais de vida, reflexo do estágio do processo de envelhecimento populacional já consolidado (IBGE, 2010).

No Rio Grande do Norte, de acordo com o IBGE, a esperança de vida passou de 58,2 anos em 1980 para 71,2 anos em 2009, representando um ganho de 13 anos de vida.

O aumento da expectativa de vida, consequência da alteração nas componentes demográficas, resulta em um grande número de idosos em idades cada vez mais avançadas – longevidade.

A quantidade de idosos pode ser mais bem analisada quando relacionada com o total populacional, ou seja, através da proporção de idosos. A proporção de idosos é considerada um dos parâmetros demográficos mais usuais, principalmente como indicador do envelhecimento populacional (GRATÃO, 2010).

O número de idosos no mundo, segundo projeções da OMS (2005) para 2050, será de dois bilhões de idosos, que, em sua maioria (80%) estarão vivendo nos países em desenvolvimento.

Para o Brasil, o Ministério da Saúde - MS (2010, p. 11-12) ressalta que:

Focando o grupo etário de 60 anos ou mais, segundo estimativas do IBGE, verifica-se que há duplicação, em termos absolutos, entre 2000 e 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se seu valor, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Nesse ano, os idosos representarão 28,8%, contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população. Assim, as formas das futuras pirâmides etárias poderão ter diminuições sucessivas de contingentes na sua base e aumentos sucessivos nas idades posteriores, até atingir a forma de uma estrutura piramidal estável em praticamente todos os grupos.

A região Nordeste, que, de 1950 a 1960, respondia pelos maiores percentuais de idosos na população brasileira, de acordo com o IBGE, passou para a terceira colocação de 1970 a 1991, e para a primeira posição em 2000, retornando para o segundo lugar em 2010. Na década de 70, a participação relativa de idosos na região foi de 4,6%, em 1991 de 7,3%, em 2000 de 8,4%, e, em 2010, com base no Censo Demográfico (IBGE), atingiu o percentual de 10,3% do total populacional (Tabela 1).

No estado do Rio Grande do Norte, o processo de envelhecimento populacional assemelha-se ao ocorrido no âmbito nacional e regional, porém de forma mais acelerada. No período de 1970 a 2010, a proporção de idosos aumentou de 5,3% para 10,8%, ou seja, em quatro décadas ela duplicou (IBGE, 2010). O avanço significativo na proporção de idosos foi mais intenso a partir da década de 80 (Tabela 1).

No município de Natal, de 1970 a 2010, a proporção de idosos com idade acima de 60 anos aumentou de 4,5% para 10,4%, o que representa um crescimento de 131,11% (IBGE, 2010).

Tabela 1. Proporção de idosos de 60 anos e mais de idade.
Brasil, Grandes regiões, RN e Natal, 1970-2010.

Local	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	4,6	6,1	7,3	7,6	9,4
Norte	3,8	4,2	4,6	4,7	5,9
Sudeste	5,6	6,4	7,9	8,2	10,2
Centro-Oeste	3,4	4,2	5,2	5,8	7,8
Sul	4,7	6,0	7,7	8,1	10,5
Nordeste	4,6	5,8	7,3	8,4	10,3
Rio Grande do Norte	5,3	5,8	8,2	9,0	10,8
<i>Natal</i>	4,5	5,5	6,8	7,9	10,4

Fonte: Dados primários: IBGE - Censos demográficos (1970, 1980, 1991, 2000 e 2010).

O processo de envelhecimento populacional brasileiro é um fenômeno atípico, dada sua rapidez e intensidade. Segundo Veras (2003, p.706), “O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis”.

Alguns indicadores refletem as relações intergeracionais: a proporção de idosos, o índice de envelhecimento (IE) e a razão de dependência.

Para efeito de classificação da proporção dos segmentos etários em um país em desenvolvimento como o Brasil, é considerado jovem o indivíduo com menos de 15 anos, como adulto o indivíduo dos 15 anos aos 59 anos e como idoso o indivíduo a partir dos 60 anos de idade (SCAZUFCA et al., 2002).

Em relação ao índice de envelhecimento (IE), Moreira (1997, p.3) ressalta que é um “[...] indicador de envelhecimento de amplo uso, pela sua facilidade de compreensão, particularmente entre o público leigo [...]”. Com base nesse índice, o autor identificou o Brasil como um dos potenciais países com um ritmo mais acentuado de crescimento desse indicador, comparando-o com 50 países selecionados.

Nesse cenário, projeta-se que em 2025 existirão 89 idosos para cada grupo de 100 pessoas com até 14 anos de idade no Brasil, ao passo que, em 1940, existiam apenas 13 idosos para o mesmo grupo de jovens. Ademais, espera-se que em 2050, o número de idosos supere o de jovens desta faixa etária, perfazendo 226 idosos até 60 anos para cada grupo de 100 jovens com até 14 anos (IBGE, 1940; 2008).

A razão de dependência, por definição, mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da

população potencialmente produtiva (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE - RIPSA, 2011). Ou seja, esse indicador quantifica o peso dos indivíduos considerados economicamente dependentes frente aos considerados produtivos, questão essa que influencia diretamente na economia e na previdência social.

O aumento da quantidade de idosos atrelado ao aumento da expectativa de vida, impactará de forma intensa a sociedade, seja ela brasileira, nordestina, potiguar ou natalense.

O ganho na longevidade, apesar de ser um avanço para a humanidade, causará mudanças nas condições de saúde da população – principalmente a idosa –, aumentando a incidência de doenças crônicas e ou degenerativas, morbidades, incapacidade funcional e mortalidade, impactando diretamente as famílias, pois origina preocupações e atitudes que visam propiciar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e independência ao idoso – até certo limite (GONÇALVES et al., 2006; PAULO et al., 2008).

Além das componentes fecundidade e mortalidade, anteriormente citadas, a migração também deve ser levada em conta, e sua importância deve ser evidenciada no processo de envelhecimento em regiões como o Nordeste. Brito (2006) comenta que, no início do século 20, a migração se intensificou na sociedade brasileira, tendo como destino principal a região Sudeste – em especial os estados de São Paulo e Rio de Janeiro –, motivada pela expansão urbana e industrial e diretamente relacionada aos desequilíbrios regionais econômicos. Considerando a faixa etária dos migrantes da época – jovens em pleno vigor produtivo –, a migração teve como causa principal a procura por trabalho e por melhores condições de vida individual e familiar (SEABRA, 2011).

No início da década de 80, ocorreu um arrefecimento do processo migratório da região Nordeste para as demais regiões brasileiras, redução esta que se consolidou na década de 90, ocasionada pela diminuição de oferta de trabalho nos grandes centros urbanos, pela queda da desigualdade de renda entre o destino e a origem e, ainda, pela diminuição das possibilidades de melhoria de vida, com ascensão social e econômica (BAENINGER, 2006; CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL – CEDEPLAR e FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2008; SEABRA, 2011).

Nas últimas décadas, a região Nordeste tem sido palco de interesse de grandes empresas, seja como consequência da mão de obra barata, seja pelas condições ambientais ou pelo momento econômico nacional favorável (SANTOS, 2006). Esse fato aqueceu o mercado de trabalho, que atraiu novamente os migrantes – migração de retorno – e coibiu novas migrações em massa (CEDEPLAR e FIOCRUZ, 2008).

O Rio Grande do Norte, de acordo com Barbosa e Sousa (2007), vem apresentando há alguns anos saldo migratório positivo, para o qual têm contribuído, principalmente, a migração de retorno e a migração de outros estados brasileiros. Em ambos os casos, os segmentos contribuintes desse saldo são, em sua maioria, de adulto a idoso. De acordo com as médias das Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílio (PNAD), na década de 90, o Rio Grande do Norte tinha saldo positivo migratório de 7,2 mil pessoas, quantidade essa que subiu para 24,9 mil de 2001 a 2005 (considerando a média) e para 30,4 mil na PNAD de 2006.

Diante do exposto, é evidente que se deve considerar a componente demográfica migração importante no processo de envelhecimento nordestino e potiguar, uma vez que os migrantes são, em sua maioria, do segmento populacional adulto e idoso, o que contribui de forma efetiva para a transformação da estrutura etária.

O fato é que o envelhecimento populacional trará desafios cada vez mais intensos para a sociedade, uma vez que a proporção de idosos só tende a aumentar – tendência essa irreversível em consonância com as projeções realizadas. Diante dessa evidência, cabe à sociedade civil, às famílias e aos governos preverem medidas que visem à melhoria da qualidade de vida do idoso e a um menor comprometimento de sua independência.

Alonso (2010) relata que o processo de envelhecimento no Brasil reflete a imensa desigualdade regional vista no País. O processo se torna heterogêneo, reproduzindo as condições desiguais de desenvolvimento de cada região, tendo em vista que existe uma grande disparidade no nível de desenvolvimento socioeconômico entre elas. Essa desigualdade se reflete nas características individuais e condições de vida da população idosa resultante desse processo. Portanto, nada mais óbvio do que estudar as regiões considerando suas desigualdades, pois cada uma tem sua nuance própria. Os desafios do processo podem ter níveis diferentes de região para região, e dentro da região, de estado para estado.

2.2 O CUIDADOR DE IDOSOS

Um tema aparece concomitantemente ao do envelhecimento populacional: a velhice, quer dizer, o envelhecimento pessoal do indivíduo (idoso). O aumento da proporção de idosos é considerado um dos desafios advindos do estágio avançado da transição demográfica, pois, com o crescente aumento desse segmento frente ao total populacional, a população considerada dependente aumenta em relação ao contingente não dependente, gerando consequências nos diversos setores da sociedade (CERQUEIRA, 2003).

Em se tratando desse tema, faz-se necessário distinguir o envelhecimento populacional ou demográfico do envelhecimento pessoal ou individual (idoso). O primeiro está relacionado a uma grande quantidade de indivíduos – frente ao total populacional – e exerce um forte impacto na estrutura social; é também chamado de velhice objetiva. Já o envelhecimento individual ou velhice subjetiva relaciona-se diretamente aos aspectos biológicos – transformações do organismo –, psicológicos e socioculturais, correspondendo à diminuição gradativa da probabilidade de sobrevivência, e geralmente é determinado pela sociedade (CERQUEIRA, 2003; SOARES, 2008).

Quanto a este último, Rebelo (2007, p.544) destaca que “[...] a maioria das representações sociais sobre a velhice estão globalmente povoadas por atribuições negativas, sendo frequente encontrarmos discursos em que o idoso surge como ser frágil, dependente, pobre, assexuado, infantil e esquecido”. Não obstante, a velhice é como qualquer etapa da vida humana. Fonseca (2005, p. 223), acrescenta:

[...] a velhice é um tempo de exposição a acontecimentos de vida e a transições – cada um (a) reunindo em si mesmo (a) riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico –, mas também como um tempo de implementação de estratégias de confronto e de resolução dos desafios que o decorrer do curso de vida vai lançando ao potencial adaptativo de cada indivíduo.

Igualmente, Fernandes (2010) ressalta que o homem entende a velhice como um período de maior vulnerabilidade e dependência, de perda gradativa de suas capacidades funcionais, mas também de grande sabedoria e conhecimento.

Gratão (2010, p.7) assinala:

[...] Associado ao processo do envelhecimento, o declínio da capacidade física e cognitiva pode ocorrer, levando o idoso à perda progressiva da autonomia e independência. Assim, a família é quem, geralmente, assume a responsabilidade do cuidado de forma despreparada, contribuindo para quadros depressivos, de ansiedade e de sobrecarga no cuidador [...].

Lima (2011) informa que, de acordo com a legislação brasileira – Constituição Federal de 1988, Política Nacional do Idoso (regulamentada em 1994) e Estatuto do Idoso (promulgado em 2003) –, o principal responsável pelo cuidado com o idoso é a família. O Código Penal Brasileiro (Título VII — Dos Crimes contra Família — Capítulo III, artigo 244, do Código Penal) criminaliza a negligência da família para com o idoso, instrução alicerçada em valores éticos e judaico-cristãos, e resultantes dos valores e preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional.

Esping-Andersen (1999) define o processo de avanço nas políticas do idoso, especificamente seguridade social e renda mínima, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, como sendo um fenômeno social denominado “*desfamiliarização*”, já que há uma redução da dependência dos indivíduos idosos em relação ao apoio financeiro provido pela família, possibilitando que os idosos fragilizados permaneçam na dependência emocional de seus familiares e tenham o seu apoio físico.

Camarano e Pasinato (2004) afirmam que, a despeito das determinações relacionadas aos idosos inseridas na legislação, é consenso entre os estudiosos dessa temática que a manutenção do idoso no ambiente familiar é o melhor meio para salvaguardar o seu bem-estar.

Algumas famílias, dentro de seu ambiente familiar ou social, para cumprir o que determina a legislação e o consenso social sobre o idoso, elegem um indivíduo para ficar responsável pelo cuidado do idoso – geralmente do sexo feminino.

No Brasil, a origem da atuação feminina no fornecimento de cuidados a pessoas dependentes, remonta a 1919, com as primeiras enfermeiras americanas trazidas por Carlos Chagas para atuar no combate às epidemias (RATES, 2007). Há que se considerar também o fato de que, historicamente, a mulher assumia “naturalmente” o cuidado dos idosos dependentes (GORDILHO et al., 2000).

Lamura et al. definem esse “voluntário” como cuidador informal ou familiar, e complementam: “qualquer pessoa que se autodefina como cuidador, fornecendo apoio não remunerado por pelo menos quatro horas por semana a uma pessoa acima de 65 anos, em casa ou mesmo em uma estrutura residencial de cuidados” (2008, p. 755). Christophe (2009) destaca que tal definição não exclui pessoas sem grau de parentesco, como amigos e vizinhos, desde que não sejam remunerados por essa atividade.

O cuidador informal ou familiar foi social e culturalmente absorvido pela sociedade, implicando na verticalização dos arranjos familiares e fomentando encargos emocionais, psicológicos e financeiros para as famílias. O fato de a família não prover o

cuidado resulta em sentimentos de abandono e negligência tanto por parte dos idosos como pelo lado dos familiares (BAPTISTA, 2003; CAMARANO et al., 2004; CHRISTOPHE, 2009; CAMARANO e MELLO, 2010).

Vários autores destacam a organização dos arranjos familiares como influente na oferta de cuidados aos idosos dependentes (SAAD, 2004; CAMARANO e KANSO, 2010). No Brasil, ainda existe a predominância de arranjos familiares do tipo casal com filhos (PAULO et al., 2008; CAMARANO e KANSO, 2010). No entanto, diante das alterações dos padrões de nupcialidade, percebe-se, nas últimas décadas, uma maior diversidade de arranjos familiares – casais sem filhos, um dos pais com o filho, pessoas morando sozinhas, entre outros (NASCIMENTO, 2006; CAMARGOS, et al., 2007; PAULO et al., 2008). Essa nova realidade pode acarretar uma redução da rede familiar do idoso, aumentando a probabilidade da solidão (viver sozinho) (CAMARGOS et al., 2007).

Ao contrário de outros países desenvolvidos, no Brasil, não existe política consolidada de apoio direto ao cuidado domiciliar; assim sendo, o cuidador informal continua como a principal opção da população idosa que necessita de cuidados (CAMARANO e MELLO, 2010).

O aumento da proporção de idosos, agregado à baixa disponibilidade de cuidadores familiares, em virtude da redução da proporção de jovens e da maior presença feminina no mercado de trabalho, enfraquece esse padrão de cuidados (SAAD, 2004; PASINATO e KORNIS, 2009). Ferreira e Wong (2007) revelam uma redução da oferta de cuidadores informais para os idosos dependentes no Brasil. Ainda de acordo com os autores, nesse contexto de aumento da demanda e redução da oferta, a relação entre dependência idosa e a quantidade de cuidadores informais deverá se intensificar ao longo dos anos. Projeta-se que, em 2015, essa razão será de 2,33 idosos dependentes para cada potencial cuidador (FERREIRA e WONG, 2007).

Com o objetivo de aliviar a pressão sofrida pela família, no cuidado prolongado com o indivíduo idoso – tal pressão é fator determinante para a internação precoce do idoso em instituições –, surgiu a figura do cuidador formal no domicílio: um indivíduo remunerado para exercer tal atividade. O cuidador formal alocado no domicílio pode retardar a transferência do idoso para uma instituição, mantendo-o em sua residência e no seio familiar, conforme recomenda aos países signatários o Plano de Madri de Ação para o Envelhecimento³ (2002) (CHRISTOPHE, 2009).

³ Esse plano foi o resultado da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri/Espanha (abril/ 2002). O plano é direcionado aos países em desenvolvimento e define como temas centrais a realização de

O cuidador formal, também chamado de cuidador remunerado, é definido como sendo “[...] uma pessoa que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante uma remuneração” (BORN, 2006, p.3).

Adicionalmente, o cuidador formal é descrito como sendo “a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado” (BORN, 2006, p. 7).

Na primeira década do século XXI, diversos países, entre eles Estados Unidos, Alemanha, Dinamarca e Inglaterra, em um esforço para prestar assistência aos idosos em seus lares, ofertaram algumas alternativas, tais como: centros-dia, centros-noite e serviços profissionais de assistência domiciliar para cuidados pessoais. Nesses países, observa-se ainda a implantação de políticas de suporte, como a inclusão dos cuidadores domiciliares no seguro assistencial, a adoção de descanso remunerado para os cuidadores informais (Alemanha e Japão) e sua inclusão na previdência Social (Japão) (GIBSON; GREGORIO e PANDYA, 2003; KITCHENER e HARRINGTON, 2004; CAMARANO, 2005; TELLECHEA, 2005; BATISTA et al., 2008; CHRISTOPHE, 2009).

A iniciativa de institucionalizar um idoso é por vezes cruel tanto para a família quanto para os amigos. Contrariando o senso comum, as famílias não “depositam” seus entes idosos na primeira oportunidade ou dificuldade que têm. Elas procuram insistentemente explorar as alternativas disponíveis, e prestam os cuidados ao idoso à custa do seu próprio bem-estar, e muitas permanecem fornecendo assistência mesmo após a institucionalização. Em suma, a institucionalização do idoso só é efetivada, para muitas famílias e amigos, depois de esgotadas todas as opções (BRODY, 1985; SMALLEGAN, 1985 *apud* WACKER et al., 2002; BOWERS, 1988; STONE et al., 1987 *apud* WACKER et al., 2002; SARDINHA, 2007).

Não obstante todas as iniciativas e esforços para a manutenção do idoso o maior tempo possível no convívio familiar e em sua rede social, as opções existentes não substituem os serviços e comodidades das instituições destinadas e planejadas para tal fim (CHRISTOPHE, 2009).

Alguns países encontraram nas instituições do tipo asilar uma forma de assegurar aos idosos, extrafamiliarmente, o abrigo e os cuidados de longa duração. Essas

instituições surgiram diante da impossibilidade das famílias e ou da necessidade de ampará-las no cuidado e trato com o idoso, principalmente os mais fragilizados devido a suas limitações funcionais parciais ou totais (LIMA, 2011).

Kane e Kane (1987) citados por McCullough (2002) esclarecem cuidados de longa duração (ou permanência) como sendo um conjunto de serviços de saúde, sociais e individuais prestados por um período contínuo de tempo a pessoas que tenham certo grau de incapacidade funcional.

Tendo em vista a diversidade da população idosa, no que se refere às condições de vida, renda, saúde, arranjos familiares, entre outros aspectos, depreende-se que a necessidade dos serviços oferecidos para o cuidado também deverá ser diferenciada. Sendo assim, os serviços oferecidos para os cuidados de longa duração deverão considerar a desigualdade dos perfis (CHRISTOPHE, 2009).

No Brasil, de acordo com a mesma autora, essas necessidades também deverão contemplar as diferenças socioeconômicas nos níveis regionais, as quais poderão dificultar o planejamento de um sistema de atendimento nacional para todos.

Monteverde et al. (2007) esclarecem que, nas sociedades atuais, são três as instituições fundamentais responsáveis pelos cuidados de longa duração: o Estado, o mercado e a família. O nível de responsabilidade de cada instituição varia conforme o modelo adotado em cada país.

A Pesquisa de Serviços de Apoio a Cuidadores Familiares de Idosos na Europa (EUROFAMCARE⁴) coletou dados empíricos de alguns países que apresentam regime de cuidados heterogêneos, e desenvolveu modelos que consideram as diferenças dos países, em relação a: a) papel de cuidado nas famílias; b) trabalho das mulheres; c) mix de gastos públicos / privados; d) divisão da provisão de cuidados entre residencial / familiar / transferências diretas. Por outro lado, essa classificação não considerou o tipo de apoio fornecido pelo poder público aos cuidadores familiares. Os modelos criados foram (MUNDAY, 2003 *apud* LAMURA et al., 2008):

- a. Modelo Escandinavo (Suécia): altos investimentos públicos em cuidado domiciliar, papel familiar residual e taxas elevadas de trabalho feminino;
- b. Modelo Liberal (Reino Unido): apresenta provisão pública do cuidado para a população economicamente mais dependente (foco principal) e papel

⁴ Esta pesquisa é parte integrante do “5th Framework Programme of the European Community, Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities, 6.5: Health and Social Care Services to older People”. Projeto disponível em www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare.

amplificado para os fornecedores privados de cuidado; requer comprovação da necessidade (*means-tested model*);

c. Modelo de Subsídio (Alemanha): responsabilidade primária às famílias, sendo estas respaldadas por recursos de um seguro de cuidados de longa duração, fornecidos por organizações não governamentais (ONGs);

d. Modelo baseado na família (Grécia e Itália): responsabilidade pública e provisão formal de serviço limitada – as redes de parentesco têm papel central; apresentam baixa participação das mulheres no mercado de trabalho;

e. Modelo de transição pós-socialista (Polônia): similar ao modelo baseado no cuidado familiar, porém com restrições financeiras mais acentuadas; após a reestruturação econômica, apresenta processos de descentralização / pluralização do cuidado.

Os resultados da pesquisa EUROFAMCARE, argumentam Lamura et al. (2008), confirmam tal categorização. Concluiu-se que a oferta de apoio é muito baixa na Grécia, sendo menor ainda na Itália e na Polônia, complementando-se com voluntariado e provisão privada. Na Alemanha e no Reino Unido, difunde-se, em nível médio, o apoio através da pluralidade de atores públicos, privados e humanitários, e uma disponibilidade extensa na Suécia. Os dados revelados pela pesquisa evidenciam uma desigualdade entre os países europeus norte-ocidentais e sul-orientais, baseando-se no uso e acesso aos serviços de apoio ao cuidado de idosos. Os países norte-ocidentais demonstram poucas dificuldades nesses itens, além da rejeição dos próprios idosos em receber ajuda, enquanto os países sul-orientais têm problemas de acesso aos serviços devido ao custo e ao transporte precário. Unânime entre os países foi a preocupação com a pontualidade e constância do serviço e sua qualidade.

Por outro lado, Monteverde et al. (2007), comparando os modelos de cuidado de longa duração dos Estados Unidos, Argentina, México e Porto Rico, com os de países europeus e asiáticos (Alemanha, Espanha, países escandinavos e Japão), identificou três tipos de modelos de cuidados de longa duração. Foram eles:

a. Modelo baseado no Estado: o Estado como ator principal na provisão de cuidados de longa duração – financiamento e prestação dos serviços. *Características:* Universalista, descentralizado, elevados investimentos públicos e Estado como principal provedor. Modelo encontrado na Alemanha, Japão, Canadá e Austrália;

b. Modelo baseado no mercado: os cuidados são providos, principalmente, por sistemas de seguros privados. *Características:* Não universalista, sistema de

seguro privado, pouco investimento estatal, elevados custos dos serviços e baixa cobertura. O mercado como organizador dos serviços. Modelo encontrado nos Estados Unidos e Porto Rico⁵;

c. Modelo baseado na família: a família é a principal provedora de cuidados – o Estado e o mercado são atores secundários. *Características*: Família como principal provedora, baixa cobertura de serviços formais e pouca participação estatal. Modelo adotado por: Espanha, Itália, Argentina, México e Brasil (MONTEVERDE et al., 2007; CARVALHO M., 2009).

Ainda de acordo com os autores, apesar das diferenças importantes nos modelos de assistência ao cuidado com o idoso na atualidade, no fim do século XX, em todos os países sem exceção, os serviços de atendimento ao idoso dependente eram fornecidos pelos familiares. A cessação da atividade laboral por idade avançada (aposentadoria), o desemprego de pessoas em idade produtiva e as enfermidades são considerados “riscos sociais”, e desde a metade do século XX quase todos os países desenvolvidos possuem sistemas públicos e universais de pensões desemprego e de saúde. Todavia, o risco de dependência começou a ser considerado risco social somente a partir da segunda metade do século XX. Hoje, alguns países incluem os serviços de cuidados de longa duração como atribuição do Estado, tanto a prestação quanto a garantia dos serviços. Os precursores em considerar o risco da dependência como risco social foram os países escandinavos. (MARÍN e CASANOVAS, 2001; MONTEVERDE et al., 2007).

Monteverde et al. (2007) ressaltam que, mesmo em modelos em que o Estado e o mercado têm papel central, a família tem o papel dominante na prestação desse tipo de cuidado, ou seja, há uma maior participação “relativa” do Estado ou do mercado.

Nesse contexto, segundo os resultados de um estudo realizado pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), os cuidadores informais (familiares) representavam em média quase 75% do total de cuidados oferecidos aos idosos dependentes nos países desenvolvidos, e somente 25% correspondiam a serviços formais oferecidos pelo Estado e pelo mercado. De fato, na prática e em alguns países que contam com a oferta pública ou privada de serviços de cuidados de longa duração, os idosos que têm cuidados formais permanecem recebendo ajuda informal complementar da família.

⁵ Embora de Porto Rico seja um território dos Estados Unidos, sua condição de Estado sem personalidade jurídica, ou seja, não incorporado ao governo americano lhe garante certa autonomia e independência política que o assemelhe a um país independente (FERREIRA NETA, 2012, p. 22).

No Brasil, segundo Monteverde et al. (2007) e em conformidade com a literatura vigente, impera o modelo baseado na família.

No âmbito da Política Nacional do Idoso (PNI), em 2001, a Secretaria de Estado de Assistência Social estabeleceu normas de funcionamento dos serviços sociais de atendimento ao idoso. Uma das concepções é a mudança dos padrões nas várias categorias de atendimento, estabelecendo coparticipações, estimulando a integração intersetorial e a responsabilidade conjunta do Estado, da sociedade e da família (CAMARANO e PASINATO, 2004). A categorização levou em conta as necessidades dos idosos, sejam elas funcionais, financeiras e ou sociais. Diogo e Duarte (2002) classificam as categorias de atendimento constantes da PNI em três grupos, variando de acordo com o local de atuação:

- a) Ambiente domiciliar: objetiva incentivar a permanência do idoso com algum nível de dependência em sua família ou em famílias substitutas (receptivas ao acolhimento dos idosos abandonados pela família verdadeira). É ofertado um complemento financeiro à família que não dispõe de recursos suficientes para o sustento do idoso, além de cuidadores especializados realizarem visitas domiciliares rotineiras. Insere-se nessa modalidade a “residência em repúblicas”, uma opção para o idoso independente;
- b) Ambiente comunitário: disponibilizam habitações do tipo “residência em casa-lar” – grupos de idosos que se encontram sozinhos ou afastados de sua família e com renda suficiente para sua manutenção. Atendimentos oferecidos durante todo o dia nos centros-dia – o idoso permanece durante o dia e volta para sua residência à noite (os custos são menores do que os das instituições). Desenvolvimento de atividades de interação em “centros de convivência” – os idosos realizam atividades associativas, produtivas e de incentivo à sociabilidade (tais atividades contribuem para a independência, o envelhecimento ativo e saudável, combatem o isolamento social e incentivam a geração de renda);
- c) Ambiente integral institucional: os atendimentos são prestados por instituições asilares, preferencialmente para idosos sem família, em situação de fragilidade social. O regime é integral. Os serviços de atenção biopsicossocial oferecidos por essas instituições enfatizam o vínculo familiar e a integração com a comunidade. Subdividem-se em:

- c.1) Modalidade I: direcionada aos idosos autônomos em suas atividades da vida diária, mesmo que necessitem de algum equipamento de autoajuda;
- c.2) Modalidade II: destinada aos idosos dependentes e independentes que precisam de ajuda e cuidados específicos, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área da saúde;
- c.3) Modalidade III: dirigida aos idosos dependentes que precisam de assistência total em, pelo menos, uma atividade de vida diária.

Em consonância com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o programa de “atendimento à pessoa idosa”, em 2002, atingiu aproximadamente 2,5% das famílias com idosos. De acordo com a gerência do programa, em 2004, existiam 24.964 idosos institucionalizados nas redes parceiras (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Segundo Camarano e Pasinato (2004), ainda que a legislação brasileira relativa aos cuidados com o idoso seja considerada por especialistas como bastante avançada, na prática ela se mostra insatisfatória. Um relatório elaborado em 2002 pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, denominado “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil”, mencionou que apenas 0,14% do total de idosos brasileiros são institucionalizados. No entanto, espera-se que esse percentual seja maior, tendo em vista que há muitas instituições que não são cadastradas, e outras ainda na clandestinidade. O papel falho do Estado não está apenas na quantidade de vagas que disponibiliza, mas sobretudo nas péssimas condições em que se encontram as instituições, por falta de supervisão adequada.

De acordo ainda com as mesmas autoras, uma evolução contida no Artigo 5º do Estatuto do Idoso foi a obrigatoriedade de um contrato de prestação de serviços entre as instituições e os idosos. Foi concedida às instituições a possibilidade da cobrança de contribuições por parte dos idosos limitada a 70% da sua renda.

Políticas de cuidados em instituições de longa permanência não são comuns nos países do hemisfério Sul (CAMARANO et al., 2004). As instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) oferecem majoritariamente os cuidados formais de longa duração (CAMARANO e PASINATO, 2004).

A prestação de serviços formais de cuidados, entre os quais os de longa duração, têm sido oferecidos por instituições de residência especialmente planejadas. Essas instituições são diferentes de hospitais, consistindo em residências coletivas, com normas de convivência

e operacionalidade variando de acordo com o perfil do idoso atendido – grau de dependência e necessidades individuais (abrigo, alimentação, entre outros) (CHRISTOPHE, 2009).

Universalmente e historicamente, as instituições de cuidado ao idoso eram conhecidas como asilo, esse termo comumente era associado pela sociedade a situações negativas e preconceituosas e de rejeição dos entes queridos (BORN, 2001; NOVAES, 2003; DAVIM et al., 2004; LIMA, 2011).

A realidade asilar remonta à Grécia antiga, onde havia os *gerontokomeions*, que podiam ser hospícios, hospitais, asilos, abrigos ou albergues para idosos (REZENDE, 2001; CAMARANO e KANSO, 2010). Lima (2011) destaca que, na antiguidade, o termo hospício não era somente associado a abrigo de insanos ou dementes, era usado também para designar abrigo de idosos.

As novas demandas populacionais associadas ao aparecimento de novas razões para se procurar essas instituições – que antes carregavam o estigma de ser destino dos miseráveis, rejeitados e abandonados – fizeram com que modernamente elas se apresentem em outro formato, refletido na nova denominação: “Instituições de longa permanência para idosos” (PINTO e VON SIMSON, 2012).

Embora a modalidade de cuidados institucionais ao idoso não seja maioria no mundo, nos países onde existem informações disponíveis sobre a institucionalização (França, Noruega, Dinamarca, Estados Unidos e Reino Unido), percebe-se que o número de residentes não é desprezível (CHRISTOPHE, 2009). No caso da França, em 1998, 500.000 (4,1%) dos 12 milhões de idosos residiam em instituições. Na Noruega, cerca de 11,8% dos idosos são institucionalizados, e 15,6% têm cuidadores formais domiciliares. A Dinamarca, em comparação com os demais países, apresentava, em 2001, a maior taxa de cuidadores formais domiciliares – 21,0% –, contrapondo-se aos 9,1% de idosos alocados em instituições. Nos Estados Unidos, em 2000, 4,7% dos idosos eram institucionalizados, contra 4,2% que dispunham de cuidadores domiciliares. No Reino Unido, em 1996, 5,1% dos idosos eram institucionalizados e 5,5% tinham cuidadores formais em seu domicílio. Observa-se que os percentuais podem variar em virtude da definição de instituição de cada país (CHRISTOPHE, 2009). Gibson et al. (2003) mencionam que não mais de 12% dos idosos dos países desenvolvidos são institucionalizados, e ainda, que a proporção de idosos em instituição é sempre menor do que a daqueles que dispõem de cuidadores em seu domicílio. A exceção fica com o Reino Unido, onde as proporções são praticamente equivalentes.

Nos países desenvolvidos, com a multiplicação de programas de atendimento ao idoso na comunidade e em seus lares, a possibilidade de permanência em seu próprio lar até

uma idade mais avançada aumenta. Nesse caso, as ILPIs são destinadas aos indivíduos em idade mais longa – em torno dos 80 anos, idade essa que apresenta consideráveis perdas cognitivas e funcionais (DESESQUELLES e BROUARD, 2003; BORN e BOECHAT, 2006). Atualmente, com o avanço da medicina, das políticas de prevenção e com a melhoria da qualidade de vida, cresce a expectativa de vida sem deficiências, sendo relegada essa condição para idades mais altas (GIBSON et al, 2003).

Analogamente aos outros países, no Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os idosos institucionalizados, em sua maioria, são pessoas nas faixas etárias mais avançadas – 80 anos e mais, a considerada quarta idade (CHRISTOPHE, 2009; LIMA, 2011).

Nos países em desenvolvimento, culturalmente, não existe o hábito de se recorrer às ILPIs como opção de cuidados de longa duração para os idosos (ONU, 2002). Camarano (2007) estimou que, no Brasil, 0,8% (103.000) de idosos eram institucionalizados. Vale salientar que, apesar de proporção de idosos institucionalizados brasileiros não ser significativa, de acordo com as informações da Pesquisa sobre as Condições de Funcionamento e Infraestrutura nas ILPIs realizada pelo Ipea, 48,1% dessas instituições foram criadas a partir de 1990 (CAMARANO, 2007).

O número de instituições destinadas ao acolhimento de idosos no Brasil começou a aumentar a partir da última década do século XX (PINTO e VON SIMSON, 2012).

Bessa et al. (2012, p.178) mencionam que:

As instituições de longa permanência para idosos assumem a responsabilidade de cuidar quando o idoso perde seus vínculos com sua rede social, dando suporte ou assistindo suas necessidades com a finalidade de melhorar sua saúde e a qualidade de vida.

Na Resolução da Diretora Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define as ILPIs como “[...] instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania [...]” (BRASIL, 2005).

No ambiente das ILPIs se insere um profissional responsável pelo cuidado direto com o idoso – o cuidador formal de idosos institucionalizados.

Com o aumento dos longevos e das conseqüentes limitações capacitivas da velhice, num contexto de novos arranjos familiares e de aumento da participação da mulher

no mercado de trabalho, os cuidadores se fazem peças fundamentais no cenário do envelhecimento populacional.

O termo “cuidador”, já existente no vocabulário português, assumiu um novo sentido derivado dos termos em inglês “*caregiver*” ou “*careprovider*”, o qual foi evidenciado, inicialmente, nos anos 80 por Elvira Wagner (pioneira da Gerontologia no Brasil) e Raquel Vieira da Cunha (BORN, 2006).

Ainda segundo Born, em 1998, por iniciativa da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social, com a colaboração da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, realizou-se o curso intitulado “O processo de cuidar do idoso, para a capacitação de formadores de cuidadores”. O curso objetivava transmitir conhecimentos teóricos sobre o envelhecimento, ao mesmo tempo em que introduzia os alunos em uma metodologia de problematização, com a técnica pedagógica de Paulo Freire. O programa ainda previa a multiplicação da formação de orientadores e de cuidadores em todo o Brasil.

De acordo com a mesma autora, posteriormente um grupo de trabalho elaborou o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, criado a partir da Portaria Interministerial nº 5.153, de 7 de abril de 1999. No mesmo ano, pesquisadores do Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) criaram o documento: “Publicização do papel do cuidador domiciliar”. O documento define o papel do cuidador e menciona que o cuidador tanto pode ser um parente quanto um profissional especialmente treinado para o fim, denominados na literatura de cuidador informal e cuidador formal, respectivamente.

A necessidade do surgimento de uma modalidade de atividade ocupacional remunerada que fosse direcionada para o cuidado humano nas atividades da vida diária forçou seu reconhecimento, exigindo a delimitação das qualificações mínimas necessárias para exercê-la, como também a remuneração e seu registro em carteira de trabalho (BORN, 2006).

Adicionalmente, a mesma autora destaca que, no contexto familiar, a empregada doméstica era quem exercia o cuidado com o idoso, além de cumprir suas atribuições domésticas normais. Posteriormente, as novas pessoas contratadas para o cuidado com o idoso foram denominadas de acompanhantes – que não tinham necessariamente alguma formação específica. Nas ILPIs, esse profissional foi denominado de “atendente de idosos”.

A atividade ocupacional remunerada do cuidado ao idoso teve sua inserção na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – na família ocupacional⁶ dos cuidadores sob o código 5162, o qual abrange os cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos (CJAI). O cuidador de idosos, cujo código é 5162-10, também é chamado de acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional e *gero-sitter* (BRASIL, 1999).

A família ocupacional dos cuidadores na CBO é definida como sendo pessoas que “[...] cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. Cabe salientar que os profissionais da enfermagem – auxiliares e técnicos – não estão incluídos nessa classificação (BRASIL, 1999).

Quanto às condições gerais de exercício do trabalho dos cuidadores, a CBO determina que o trabalho pode ser exercido em domicílios ou instituições cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos, com alguma forma de supervisão, na condição de trabalho autônomo ou assalariado. A carga horária é variável, podendo ser integral, com revezamento de turno ou por períodos determinados (BRASIL, 1999).

No que se refere à formação e à experiência, a CBO determina que a profissão pode ser exercida por pessoas com dois anos de experiência em domicílios ou instituições cuidadoras públicas, privadas ou ONGs, em funções supervisionadas de pajem, mãe-substituta ou auxiliar de cuidador, cuidando de pessoas das mais variadas idades. Adicionalmente, o acesso ao emprego exige formação em cursos de treinamento de profissional básico, em paralelo ou após uma formação mínima que pode variar de quarto ano do ensino fundamental até o ensino médio. Ressalva-se que, caso o ser cuidado tenha um elevado grau de dependência, é necessária formação na área da saúde, devendo o cuidador ser um profissional que detenha a função de técnico ou auxiliar de enfermagem (BRASIL, 1999).

As funções comuns da família ocupacional dos cuidadores são: a) cuidar da pessoa; b) promover seu bem-estar; c) cuidar de sua alimentação; d) cuidar de sua saúde; e) cuidar do ambiente domiciliar e institucional; f) incentivar a cultura e a educação; g) acompanhar CJAI em passeios, viagens e férias (BRASIL, 1999).

A CBO também menciona as competências pessoais que o cuidador deve demonstrar, a saber: a) manter a capacidade e o preparo físico, emocional e espiritual; b)

⁶ É um conjunto de ocupações similares que corresponde a um domínio de trabalho mais amplo que o de ocupação.

demonstrar discricção; c) obedecer a normas e estatutos, conduzir-se com moralidade (BRASIL, 1999).

Tendo por base essas diretrizes e os princípios norteadores das reflexões teóricas de Gonçalves e col. (1997 *apud* BORN, 2006), programas de capacitação de cuidadores começaram a se estruturar, porém sem padronização inicialmente, com o conteúdo programático sendo definido a partir do preparo profissional e da experiência dos que ministravam o curso. À medida que os cursos se realizavam em inúmeros municípios, experiências foram adicionadas e seu conteúdo foi ficando mais rico e elaborado, culminando nos cursos de cuidadores ministrados atualmente (BORN, 2006).

Os cursos para formação de cuidadores se destinam tanto aos profissionais que recebem remuneração para cuidar dos idosos, quanto às pessoas que cuidam do idoso e têm com ele vínculo de parentesco ou de amizade (BORN, 2006).

No curso de formação, de acordo com Born (2006, p. 8), existem algumas habilidades e qualidades que o cuidador formal deve desenvolver. São elas:

Habilidades técnicas: É o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos irão preparar o cuidador para prestar atenção e cuidados ao idoso.

Qualidades éticas e morais: São atributos necessários para permitir relações de confiança, dignidade, respeito e ser capaz de assumir responsabilidades com iniciativa. Quando não for parente, deve procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência.

Qualidades emocionais: Deve possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso; deve se adaptar às mudanças sofridas por ele e pela família, e ter tolerância ante situações de frustração pessoal.

Qualidades físicas e intelectuais: Deve possuir saúde física, incluindo força e energia, condições essenciais nas situações em que haja necessidade de carregar o idoso ou lhe dar apoio para se vestir e cuidar da higiene pessoal. Ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões.

Motivação: É condição fundamental a empatia por idosos. Valorizá-los como grupo social, considerando que o “cuidado” deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade. (Grifos próprios)

O papel do cuidador é acompanhar e ajudar a pessoa cuidada, realizando as atividades que ela não é capaz de fazer sozinha. E ainda, deve compreender as reações e atitudes que podem dificultar o cuidado realizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O cuidador formal ou informal que cuida de idosos com quadro de dependência deve organizar suas atividades de cuidado de forma a ter tempo e oportunidade de se autocuidar. Muitas vezes, o ato de cuidar causa sobrecarga para o cuidador, que se esquece de si próprio. (BORN, 2006).

Não raro, o cuidador é submetido a um estresse pessoal e emocional gigantesco, por isso necessita manter sua integridade física e emocional para idealizar métodos de convivência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Fernandes (2010) concorda que, para poder dedicar um cuidado apropriado e necessário ao idoso, o cuidador deve ter formação profissional específica na área, e ainda, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter habilidade técnica e prática, com senso ético e moral.

Born (2006) menciona que, em algumas ILPIs, a qualificação dos cuidadores não é um fator determinante da contratação.

A Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de setembro de 2005, no artigo nº 4612, aprova o regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos, onde especifica o número de cuidadores que uma ILPI deve possuir em função do grau de dependência e número de idosos, porém não esclarece a qualificação exigida.

No processo de cuidar e ser cuidado, a atenção sempre se voltou para o ser cuidado, ficando em segundo plano as necessidades do cuidador. No entanto, o cuidado ao cuidador é fundamental para propiciar um cuidado efetivo e de qualidade, tendo em vista que se o cuidador está bem espiritual, física e mentalmente, este se faz mais acessível ao processo de ouvir e atender, ou seja, está mais preparado para cuidar (HENRIQUES et al., 2012).

Diante desse contexto, existe a necessidade de preencher uma importante deficiência na área da saúde: o cuidado para com aquele que dedica sua vida ao cuidado dos outros (HENRIQUES et al, 2012).

Cabe evidenciar que, recentemente – em outubro de 2012 –, a profissão de cuidador de pessoa idosa alcançou mais um degrau para regulamentação. Segundo a Agência Brasil (2012), o Projeto de Lei nº. 284 / 2011 que trata do tema foi aprovado em turno suplementar, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado. Quem já atua como cuidador há pelo menos dois anos e não tem a qualificação exigida terá cinco anos para se adequar às exigências da lei.

O projeto define o cuidador de pessoa idosa – profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa – e estabelece que a profissão poderá ser exercida por maiores de 18 anos que tenham ensino fundamental completo e curso de qualificação em instituição de ensino reconhecida (BRASIL, 2012).

Nas atividades desses profissionais incluem-se: a) auxílio nas rotinas de higiene pessoal e de alimentação; b) cuidados preventivos de saúde; c) amparo na mobilidade; d)

apoio emocional; e) ajuda para a convivência social do idoso. Medicamentos também podem ser administrados por cuidadores, desde que autorizados pelo profissional de saúde responsável pela prescrição.

Contudo, os cuidados necessários e cada vez mais especializados da população idosa demandarão cada vez profissionais cuidadores mais qualificados e menos sobrecarregados.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo apresentam-se os materiais e os métodos utilizados na dissertação. Procede-se ao detalhamento das bases de dados utilizadas e à descrição das metodologias demográficas e estatísticas empreendidas com vistas a alcançar os objetivos propostos neste estudo.

3.1 FONTE DE DADOS

Neste item são descritas as fontes dos dados utilizados na obtenção dos resultados da dissertação, com a indicação do período, da abrangência territorial, do tipo do dado (secundário e ou primário), e a forma de obtenção das informações.

3.1.1 Análise do envelhecimento populacional no município de Natal/RN

Para a análise do envelhecimento nos diversos bairros do município de Natal, foram utilizadas as informações populacionais provenientes dos Censos Demográficos de 2000 e 2010, estratificadas por sexo e grupos etários quinquenais obtidos no Sistema IBGE de Recuperação Automática (Sidra), disponibilizados no site do IBGE.

3.1.2. Pesquisa de campo “Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012”.

A base de dados utilizada nesta etapa do trabalho foi a pesquisa de campo “*Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012*”, o qual é parte integrante do projeto “*Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar?*”.

A pesquisa é um estudo epidemiológico observacional descritivo analítico, com uma abordagem quantitativa, realizada em onze ILPIs, situadas em diversos bairros no município de Natal/RN. As instituições foram devidamente identificadas através de um levantamento prévio realizado em outubro de 2011, junto à Secretaria Municipal de Saúde do Natal e ao Conselho Municipal do Idoso de Natal, ocasião em que havia doze ILPIs regulamentadas.

Dessas doze, onze concordaram em participar da pesquisa (Declaração de anuência - APÊNDICE D), sendo seis de natureza privada (privada com fins lucrativos) e cinco de natureza filantrópica (privada sem fins lucrativos).

As ILPIs participantes foram: a) Bom Samaritano - Centro Integrado de Assistência Social da Igreja Evangélica Assembleia de Deus no RN (Ciade); b) Espaço Solidário - Centro Sócio Pastoral Nossa Senhora da Conceição; c) Instituto Juvino Barreto; d) Lar Espírita da Vovozinha - Associação Espírita Enviados por Jesus; e) Lar do Ancião Evangélico - LAE; f) Morro Branco Hospedagem Geriátrica; g) Oliveiras Residencial Ltda.; h) Residencial Geriátrico da Melhor Idade Ltda.; i) Solar Residencial Geriátrico Ltda.; j) Vivier Hotelaria Geriátrica; e k) Paço das Palmeiras Residence Hotel Ltda. ME.

A população de interesse do estudo foi composta por 153 cuidadores formais de idosos institucionalizados, objeto principal do estudo – dos quais 92 foram pesquisados (63,10%) –, além de 11 responsáveis das ILPIs – para a caracterização dessas instituições. O consentimento de ambos os segmentos foi comprovado através do Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – Apêndice C e Apêndice B, respectivamente.

Depois de obtida a anuência dos gestores das instituições selecionadas (Apêndice D), o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRN, e somente após sua aprovação, foi iniciada a captação dos dados.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos – “*O ser humano, de forma direta, em sua totalidade*” (CEP/UFRN, 2012) –, foram adotados e respeitados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos participantes sua desvinculação da pesquisa no momento em que solicitassem, como também a manutenção do sigilo e privacidade quanto às informações prestadas (BRASIL, 1997 *apud* SANTOS E., 2008).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Parecer nº 125.756, em 28 de setembro de 2012, conforme Apêndice A em anexo.

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada entre os dias 1º de outubro e 30 de novembro de 2012. Cumpre destacar que a entidade financiadora da pesquisa foi o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital Universal nº. 14/2012).

3. 2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Neste item especifica-se a metodologia estatística (testes estatísticos, regressões, etc.) empregada nos dados para a obtenção dos resultados, análises e considerações finais do estudo. As metodologias se apresentam divididas de acordo com a natureza do dado.

3.2.1 Análise do envelhecimento populacional no município de Natal/RN

Nesta seção são descritos os indicadores demográficos utilizados, bem como as técnicas estatísticas e demográficas aplicadas na análise do envelhecimento populacional no município de Natal/RN.

3.2.1.1 Indicadores do envelhecimento populacional

Na análise do envelhecimento empreendida neste estudo, inicialmente, foram calculadas as proporções dos seguintes grupos etários: jovem (0 a 14 anos), adulto (15 aos 59 anos) e idoso (60 anos e mais) para cada bairro do município. De acordo com as equações abaixo:

$$\text{Proporção de jovens}_{0 \text{ a } 14 \text{ anos}} = \left(\frac{\text{População com 0 a 14 anos}}{\text{População Total}} \right) \times 100 \quad (1)$$

$$\text{Proporção de adultos}_{15 \text{ a } 59 \text{ anos}} = \left(\frac{\text{População com 15 a 59 anos}}{\text{População Total}} \right) \times 100 \quad (2)$$

$$\text{Proporção de idosos}_{60 \text{ anos e mais}} = \left(\frac{\text{População com 60 anos e mais}}{\text{População Total}} \right) \times 100 \quad (3)$$

Em seguida, foram calculados os três indicadores do envelhecimento populacional mais utilizados na literatura, e já mencionados. São eles: razão de dependência idosa, índice de envelhecimento e índice de longevidade (SHRYOCK; SIEGEL e LARMON, 1976; ANTUNES, 2010).

*Razão de dependência idosa*⁷ - é um índice que compara o peso dos idosos, considerados dependentes, com o peso da população potencialmente ativa – de 15 a 64 anos,

⁷ A razão de dependência é a idade que determina se uma pessoa é dependente ou não. As questões ligadas ao funcionamento do mercado de trabalho, como taxas de atividade e de desemprego, não são consideradas (MOREIRA, 1998).

ou não dependentes (MOREIRA, 1998; NAZARETH, 2007). De acordo com Carvalho e Wong (2006), a razão de dependência define de forma simples a relação entre os segmentos etários, sendo calculada por:

$$\text{Razão de Dependência Idosa}_{60 \text{ anos e mais}} = \left(\frac{\text{População com 60 anos e mais}}{\text{População com 15 a 64 anos}} \right) \times 100 \quad (4)$$

Índice de envelhecimento ou vitalidade – é um índice que compara diretamente a população idosa – acima de 60 anos – com a população jovem – menor de 15 anos. É utilizado como medida de envelhecimento demográfico (NAZARETH, 2007). Dessa forma, considera os grupos etários mais afetados pelo processo de envelhecimento, expondo a intensidade desse processo em uma determinada localidade (CARVALHO e WONG, 2006). Esse indicador é definido por:

$$\text{Índice de Envelhecimento (IE)} = \left(\frac{\text{População com 60 anos e mais}}{\text{População com 0 – 14 anos}} \right) \times 100 \quad (5)$$

Índice de longevidade – é o índice que compara o peso dos idosos mais jovens – população de 65 anos e mais – com o peso dos idosos menos jovens – população de 75 anos e mais; é considerado um medidor de envelhecimento demográfico (NAZARETH, 2007).

$$\text{Índice de Longevidade (IL)} = \left(\frac{\text{População com 75 anos e mais}}{\text{População com 65 anos e mais}} \right) \times 100 \quad (6)$$

3.2.1.2 Pirâmides etárias

Pirâmides etárias foram plotadas para cada um dos 36 bairros para os anos 2000 e 2010, separados por zona administrativa do município, com o intuito de comparar visualmente a transformação da estrutura etária no período.

As estruturas etárias permitem identificar o estágio da transição demográfica e a influência das componentes demográficas na população dos bairros. Para melhor visualizar as diferenças entre as proporções de jovens, adultos e idosos, as pirâmides apresentam padrão de cor, onde a cor verde corresponde ao segmento jovem, a amarela corresponde ao segmento adulto e a cor azul ao segmento idoso.

Os *softwares* utilizados foram *Statistica for Windows* (versão 7.0) e *SPSS Statistics for Windows* (versão 13.0) para o tratamento dos dados, tabulação dos dados e aplicação das técnicas e métodos estatísticos; *Microsoft Office* (2010) – *Word* e *Excel* para a

organização das tabelas, análises e plotagem dos gráficos; *Corel Draw Soft Suíte X5* para a elaboração da figura dos Mapas do envelhecimento municipal.

3.2.1.3 Análise de agrupamento

Posteriormente, e levando-se em conta os indicadores demográficos obtidos, realizou-se uma análise de agrupamento com todos os bairros de Natal, de forma a construir grupos homogêneos – com características similares em relação a esses indicadores. Em seguida, geraram-se três mapas temáticos a partir dos grupos formados, possibilitando determinar o envelhecimento por bairro.

A análise de agrupamento é uma técnica que permite organizar dados observados em estruturas que façam sentido, ou ainda, desenvolver taxonomias capazes de classificar dados observados em diferentes classes, classes estas que devem surgir naturalmente no conjunto de dados, segundo o critério adotado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC, 2006). Dentre os métodos de agrupamento, neste trabalho, optou-se pelo método de agrupamento hierárquico, o algoritmo *complete linkage distance*, e o critério da distância euclidiana entre agrupamentos.

Os critérios utilizados para a seleção do método de agrupamento de diagrama de árvore (dendrograma) – algoritmo *complete linkage distance*, através da distância euclidiana – foram as variáveis contínuas: a diferença de magnitude das variáveis entre os bairros tem relevância, pois quantifica o grau de envelhecimento; a distância euclidiana é a mais usual, sendo muitas outras medidas apenas desdobramento dela. Não se fez necessária a padronização de unidade de medida, tendo em vista que as variáveis estavam na mesma unidade.

O algoritmo *complete linkage* se baseia na distância máxima entre os objetos inseridos no mesmo grupo. Também chamado método do “vizinho mais longe” (*furthest neighbor*) ou método do diâmetro, ele foi escolhida pelo fato de eliminar o problema da cadeia ou corrente prolongada presente no método *simple linkage*, permitindo, com isto, obter grupos mais equilibrados e menos dissimilares (CORRAR e POHLMANN, 2008).

Para testar a diferença entre os grupos formados pela análise de agrupamento, realizaram-se testes não paramétricos de comparações múltiplas para amostras independentes de Kruskal-Wallis para cada variável. O nível descritivo do teste foi de 5 % (p-valor _{descritivo}) de significância. A aplicação do teste não paramétrico se justifica pelo fato de a quantidade,

em alguns grupos formados, ser pequena, não aderindo, portanto, a uma distribuição normal ou paramétrica.

O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis tem como finalidade averiguar se K amostras são provenientes ou não de uma mesma população, utilizando as informações contidas nas observações, convertendo os escores em postos, preservando sua magnitude para comparar a variação entre os grupos (POCINHO, 2009). O critério de rejeição do teste de Kruskal-Wallis se dá pela rejeição ou não da hipótese nula (H_0); a hipótese é comprovada através do nível descritivo do teste ($p\text{-valor}_{\text{calculado}} \leq p\text{-valor}_{\text{descritivo}}$). As hipóteses estatísticas testadas foram:

H_0 : Não existe diferença significativa entre os escores dos grupos, quanto aos valores das variáveis do envelhecimento.

H_1 : Pelo menos um grupo difere quanto aos escores das variáveis.

A hipótese H_0 de que as amostras provêm de uma mesma população é comprovada pela Estatística.

$$H = \frac{12}{n * N(N + 1)} \sum_{i=1}^k R_j^2 - 3 * (N + 1) \quad (7)$$

, que têm aproximadamente distribuição qui-quadrado com $k-1$ graus de liberdade, onde, k é número de tratamento (amostras), $N = \sum_{j=1}^k n_i$ é número total de observações, R_j é postos das observações.

3.2.2 Pesquisa “Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012”

Nesta seção são descritos os instrumentos de coleta utilizados e as técnicas estatísticas (testes estatísticos, regressões e gráficos estatísticos.) aplicadas aos dados coletados na pesquisa de campo “Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012”.

3.2.2.1 Metodologia da Pesquisa de Campo

A pesquisa foi concebida para ser um recenseamento de toda a população de interesse – cuidadores formais e responsáveis das ILPIs. Foram pesquisados todos os responsáveis das onze ILPIs.

Do total de 153 cuidadores formais das ILPIs de Natal/RN, foram pesquisados 92 (60,1%) – distribuídos nas onze ILPIs, sendo 31 nas ILPIs de natureza privada e 61 nas ILPIs de natureza filantrópica. A técnica de amostragem probabilística utilizada neste caso foi a amostragem aleatória simples (AAS). O erro amostral foi de 6,6%.

A AAS também pode receber as seguintes denominações: simples ao acaso, aleatória, casual, simples, elementar, randômica, entre outras. Nesse tipo de amostragem, todos os elementos da população têm igual probabilidade de pertencer à amostra, e todas as possíveis amostras têm também igual probabilidade de ocorrer. Adicionalmente, todos os elementos têm a probabilidade conhecida de diferente de zero de pertencer à amostra (UNAMA, 2007).

Destaca-se que inicialmente foi realizada uma amostra piloto para a identificação de possíveis falhas nos questionários. Para a amostra piloto foram aplicados 10% do total de uma ILPI, previamente sorteada.

Logo após a tabulação da amostra piloto, realizaram-se os ajustes necessários nos instrumentos da pesquisa, dando prosseguimento à investigação nas demais instituições.

Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos componentes da amostra (participantes) foram:

- Critério de inclusão dos participantes:

- a) Responsável presente no momento da abordagem e que consentiu em participar;
- b) Cuidador formal do idoso institucionalizado que consentiu em participar.

- Critério de exclusão dos participantes:

- a) Responsável ausente ou presente que não consentiu em participar;
- b) Cuidador formal do idoso institucionalizado que não consentiu em participar, ou que estava de licença médica, licença-maternidade/paternidade ou de férias.

Para atingir os objetivos propostos, foram utilizados cinco questionários, dois dos quais foram elaborados, sendo estruturados e específicos, e três estruturados, validados e amplamente aplicados em estudo com a mesma temática – o idoso.

Os dois questionários elaborados foram:

- a) Caracterização da Instituição de Longa Permanência para Idosos (Anexo A) – aplicado ao responsável da ILPI;
- b) Perfil Sociodemográfico do Cuidador Formal de Idosos Institucionalizados (Anexo B) – aplicado ao cuidador formal de idosos da ILPI.

Os três questionários validados foram aplicados ao cuidador formal de idosos institucionalizados:

- c) Avaliação da Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) (Anexo C);
- d) Escala de Atividades Básicas de Vida Diária: Índice de Katz (Anexo D);
- e) *Caregiver Abuse Screen* – CASE (Anexo E).

a) Questionário: Caracterização da Instituição de Longa Permanência para Idosos

No questionário para caracterização da ILPI, as variáveis pesquisadas foram: origem dos recursos financeiros para a manutenção da ILPI; tipo de vínculo do idoso com a instituição, cargo que o respondente ocupa na instituição; média de anos vividos pelo idoso na instituição; quantidade de idosos assistidos por sexo e grupo etário de 60 a 79 anos e 80 anos e mais; quantidade de idosos totalmente dependentes dos cuidadores; quantidade de leitos disponíveis (ocupados + vagos); identificação do principal motivo da institucionalização dos idosos; quantidade de cuidadores fixos; principal qualificação para a contratação de um cuidador; quantidade e tipo dos profissionais da área de saúde existentes; serviços e ou atividades oferecidos; identificação da adaptação do idoso e média do período de adaptação dos idosos. A finalidade da aplicação desse instrumento foi caracterizar as instituições de longa permanência para idosos situadas no município de Natal/RN.

b) Questionário: Perfil Sociodemográfico do Cuidador Formal de Idosos Institucionalizados

No questionário para identificação do perfil sociodemográfico do cuidador, as variáveis pesquisadas foram: sexo; idade; escolaridade; se está estudando no momento; cor/raça/etnia percebida; renda familiar; identificação se seu trabalho de cuidador na ILPI é sua principal fonte de renda; situação conjugal; quantidade de filhos vivos; religião; grau de satisfação em cuidar dos idosos na instituição; principal motivo que o fez ser cuidador de idosos; número de anos que exerce a profissão de cuidador de idosos (na instituição ou não); quantidade de idosos que cuida na instituição; se fez algum curso específico para cuidador de idosos; carga horária de trabalho; tipo de vínculo empregatício com a instituição; identificação se pensa de deixar de ser cuidador de idoso e se sim qual o motivo. A finalidade da aplicação desse instrumento foi levantar o perfil social, demográfico e econômico dos cuidadores formais de idosos que trabalham nas ILPIs localizadas no município de Natal/RN.

c) Questionário: Avaliação da Qualidade de vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*)

O questionário validado SF-36 é um questionário genérico que avalia aspectos da qualidade de vida⁸ do indivíduo – que estão diretamente relacionados com sua saúde física e mental, sendo considerado de fácil aplicação e compreensão. É composto por 36 questões contendo aspectos multidimensionais⁹. Engloba oito escalas (componentes ou domínios) em dois grandes aspectos: o físico e mental (CICONELLI et al., 1999; NOGUEIRA et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011).

O aspecto físico compreende capacidade funcional, dor; estado geral da saúde; limitação por aspectos físicos, enquanto o aspecto mental envolve vitalidade; aspectos sociais; limitação por aspectos emocionais; saúde mental.

O SF-36 foi traduzido para o português, adaptado e validado por Ciconelli et al., em 1999. Originalmente desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992 – a partir do instrumento *Medical Outcome Survey* (MOS) –, foi aprimorado por Ware em 2000 (MONTEIRO et al., 2011). A finalidade da aplicação desse instrumento, neste estudo, foi

⁸ Segundo Nogueira et al. (2010), qualidade de vida é a discordância entre a satisfação ou descontentamento com determinadas áreas da vida, de acordo com a percepção do próprio indivíduo – sendo essa percepção o melhor indicador de qualidade de vida.

De outra forma, é a satisfação com a vida, referindo-se às necessidades, expectativas, anseios e desejos (CARVALHO V. et al., 2009).

⁹ O cálculo dos escores pode ser realizado online, através do site www.cdof.com.br/testes13.htm Trata-se de uma versão desenvolvida a partir das listas.cev.org.br, e conseqüentemente da adaptação brasileira do questionário SF-36.

identificar o grau de sobrecarga a que os cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal/RN são submetidos, através do nível de sua qualidade de vida.

d) Questionário: Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Índice de Katz

O questionário Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Índice de Katz foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963. Esse instrumento aborda os itens de atividades da vida diária como: a) tomar banho; b) capacidade para se vestir; c) capacidade para usar o banheiro – higiene pessoal; d) locomoção (transferência); e) continência e f) alimentação. São dois escores possíveis atribuídos às respostas – Sim (1) e Não (0) –, sendo a soma total (ST) o fator que classifica o nível de dependência do idoso: independência ($5 \geq ST \leq 6$), dependência parcial ($3 \geq ST \leq 4$), ou dependência importante ($0 \geq ST \leq 2$) (SANTOS, 2009; OLIVEIRA, 2012).

Esse instrumento mensura a capacidade funcional de um indivíduo, tendo por base a avaliação do desempenho nas atividades da vida diária (LINO et al., 2008), podendo ser respondido tanto pelo cuidador quanto pelo próprio idoso (KATZ, 2005; NITRINI et al., 2005 *apud* OLIVEIRA, 2012; SANTOS, 2009). No estudo, esse questionário foi respondido pelo cuidador formal em relação a um idoso institucionalizado escolhido aleatoriamente.

Esse instrumento teve sua validação considerada boa, em uma revisão bibliográfica realizada por Paixão Junior e Reichenheim (2005). Ele foi aplicado com a finalidade de identificar o grau de dependência de um idoso institucionalizado, escolhido por seu cuidador formal, baseando-se em sua percepção da capacidade do idoso de responder a um questionário estruturado.

e) Questionário: *Caregiver Abuse Screen* – CASE

O questionário CASE é um instrumento de autopreenchimento, contendo perguntas sobre situações que aludem a dimensões de violência física, psicossocial, financeira e negligência, sem, no entanto, questionar sobre atos e comportamentos violentos do cuidador (PAIXÃO JUNIOR et al., 2007). Cabe salientar que, devido à baixa escolaridade da maioria dos respondentes, o questionário foi aplicado em forma de entrevista pessoal face a face.

O instrumento, que contém oito itens, é considerado de fácil aplicação, por sua simplicidade, brevidade e boa aceitação no estudo original, e ainda, por suas respostas serem dicotomizadas – Sim (1) e Não (0) –, visando à neutralidade por parte do respondente. Considera uma pontuação máxima de oito, na qual a soma dos escores de 4 ou mais podem sugerir um risco aumentado de perpetração de violência (PAIXÃO JUNIOR et al., 2007).

Segundo Paixão Junior et al. (2007), a existência de atos violentos de negligência e maus-tratos contra os idosos é um fenômeno que só recentemente despertou interesse na comunidade científica, e, em questão de saúde pública, é o tema menos considerado. A tendência à introspecção nos indivíduos idosos favorece a falta de informação sobre o assunto.

Estudos apontam os cuidadores como fontes confiáveis e complementares, principalmente em idosos com distúrbios cognitivos (SENGSTOCK e HWALECK, 1987; REIS e NAHMIASH, 1995 *apud* PAIXÃO JUNIOR et al., 2007).

Foi nesse contexto que Reis e Nahmaish, em 1995, desenvolveram o CASE, implantado no Canadá (PAIXÃO JUNIOR et al., 2007). O CASE, criado em língua inglesa, foi traduzido para o português e validado por Paixão Junior e outros em 2007. A finalidade da aplicação desse instrumento, neste estudo, foi identificar possíveis tendências a atos e comportamentos violentos por parte do cuidador formal do idoso institucionalizado.

Salienta-se que o questionário CASE, até o presente momento, não foi validado para a população idosa institucionalizada.

3.2.2.2 Testes Estatísticos

Para a caracterização das ILPIs do município e para a identificação do perfil sociodemográfico e econômico do cuidadores formais de idosos institucionalizados de Natal/RN, foram construídas tabelas de frequências¹⁰ simples e cruzadas com a variável natureza da ILPI (filantrópica ou privada) para as variáveis qualitativas; para as variáveis quantitativas (ou numéricas) foram calculados média e desvio padrão.

Adicionalmente, para as variáveis quantitativas, aplicaram-se testes T de Student de comparação de médias para amostras independentes (bilateral) com variâncias diferentes (CAMARINHA FILHO, 2009). O nível de significância do teste adotado de 5% (p-valor). O critério de rejeição de H_0 se dá se o p-valor $< 0,05$.

Para quantificar o nível de qualidade de vida dos cuidadores formais dos idosos das ILPIs do município de Natal/RN, utilizou-se o questionário SF-36. Após a tabulação dos dados dos questionários, para os oito domínios foram calculados os *raw scale* e os aspectos físicos e mentais, conforme rezam os autores, como também as médias e os desvios-padrão.

¹⁰ É a quantidade de vezes que determinado item da variável ocorre.

Histogramas foram plotados para melhor visualizar a distribuição das frequências dos domínios quanto à natureza da ILPI.

Adicionalmente aplicou-se o teste U de Mann Whitney, para verificar a existência de diferença significativa dos domínios e dos aspectos da qualidade de vida quanto à natureza da ILPI. O teste verifica se existem evidências para acreditar que os valores de um grupo A são superiores aos valores do grupo B. As pressuposições do teste são: o nível de mensuração deve ser em escala nominal (pelo menos) e as amostras devem ser independentes (GUIMARÃES P., 2011). O teste é calculado, quando $9 \leq n_2 \leq 20$, pela fórmula:

$$U = n_1 * n_2 + \frac{[n_1 * (n_1 + 1)]}{2} - R_1 \quad (8)$$

, onde R1 é a soma dos postos atribuídos aos valores do grupo 1.

No intuito de conhecer o relacionamento entre os aspectos físicos e mentais, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson.

Esse coeficiente permite analisar o relacionamento ou associações entre as variáveis. Conhecido como análise de correlação, ele mostra o grau de relacionamento entre as variáveis, quantificando-o de -1 a 1 (LIRA, 2004). É o método mais usual de medir a correlação entre duas variáveis. E é dado por:

$$\rho_{XY} = \frac{COV(X,Y)}{\sigma_X \sigma_Y} \quad (9)$$

, onde: COV (X,Y) é a covariância¹¹ entre as duas variáveis, σ_X é o desvio padrão da variável X e σ_Y é o desvio padrão da variável Y.

Para rastrear indícios de violência contra o idoso institucionalizado por parte de seus cuidadores formais, foi utilizado o questionário CASE. Tabulados os dados, foram calculados os escores conforme orientam os autores, e depois atribuídas as categorias: “Sem risco” (escores menores ou iguais a quatro) e “Risco perpetrado de violência” (escores maiores que quatro). Na sequência foi gerada a tabela de frequência contendo as quantidades e os percentuais por natureza da ILPI. Para verificar a existência de diferença significativa entre as categorias, aplicou-se o teste exato de Fisher.

O teste exato de Fisher compara dois grupos, fazendo uso de tabelas de contingência de dupla entrada (2x2). É indicado quando o tamanho das duas amostras

¹¹ É a medida que expressa variação conjunta de duas variáveis (LIRA, 2004).

independentes é pequeno e permite determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada, ou de valores mais extremos. Suas pressuposições são: as amostras devem ser aleatórias e independentes, as duas classes devem ser mutuamente exclusivas, e o nível de mensuração deve ser em escala nominal ao menos (GUIMARÃES P., 2011). Considera-se a definição de duas amostras I e II, agrupadas em duas classes – e +. Depois de formada a tabela de contingência, calcula-se a probabilidade de interesse (P).

	-	+	
I	A	B	A+B
II	C	D	C+D
	A+C	B+D	N

$$P = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)!}{N!A!B!C!D!} \quad (10)$$

Para identificar a percepção do cuidador formal quanto ao grau de dependência do idoso institucionalizado, considerado por ele suficientemente orientado para responder a um questionário estruturado, foi utilizado o questionário Katz. Os escores foram calculados, – de acordo com a orientação do autor, com base nas respostas, as quais foram transportadas para a tabela de frequência de dupla entrada (grau de dependência e natureza da ILPI). Para verificar uma possível associação entre as duas variáveis, aplicou-se o teste qui-quadrado de associação de Pearson, somando-se os valores do nível de dependência parcial e importante.

O teste Qui-quadrado de associação é utilizado para detectar diferença significativa estatística entre dois grupos independentes. Para se aplicar o teste e obter o nível de mensuração, as variáveis devem ter escala nominal (ao menos) $N > 20$, ter frequências esperadas superiores a 5 quando ocorre a tabela 2×2 , e o número de células com frequência esperada inferior a 5 deve representar menos de 20% do total de células (GUIMARÃES P., 2011). A estatística do teste é dada por:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}, \text{ onde } O \Rightarrow \text{Frequência observada e } E \Rightarrow \text{Frequência Esperada} \quad (11)$$

3.2.2.3 Regressão Logística

Com o objetivo de avaliar quais variáveis explicativas influenciaram a “Pretensão de deixar de ser cuidador de idosos” e o “Risco de perpetração de violência” (variáveis-resposta) ajustaram-se modelos de regressão logística. Decidiu-se pela regressão logística binária (0; 1).

Para a regressão, consideraram-se inicialmente as seguintes variáveis como explicativas das variáveis-resposta: perfil social, demográfico e econômico do cuidador,

domínios e aspectos da qualidade de vida (SF-36) e o resultado do *Caregiver Abuse Screen*. A seleção das variáveis explicativas iniciais se deu pela aplicação do teste qui-quadrado de associação de Pearson com cada variável-resposta. As variáveis explicativas que apresentaram significância de 20,0% (p-valor) compuseram o modelo inicial de cada regressão. O modelo ajustado da regressão logística pode ser escrito na forma (QUEIROZ, 2004):

$$Y = \ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \sum_{j=1}^{p-1} \beta_j X_j + \varepsilon_j \quad (12)$$

, onde Y representa a variável dependente (resposta), $(p-1)$ o nº de variáveis independentes menos 1 (fatores explicativos); X_j são as variáveis independentes, β_0 e β_j são os parâmetros desconhecidos a serem estimados, e ε são os erros aleatórios.

Na regressão logística selecionou-se o método *Backward Stepwise Likelihood-Ratio*. O *software* utilizado foi o SPSS *Statistics* versão 17.

Para os testes estatísticos e construção das tabelas de frequência utilizou-se o *software Statistica for Windows* versão 7.

4 RESULTADOS

Este capítulo, que apresenta os resultados e as análises dos objetos da dissertação, divide-se em duas partes: a primeira mostra os resultados e as análises do envelhecimento populacional no município de Natal – com uma breve caracterização geográfica e sociodemográfica do município; a segunda expõe os achados e impressões da pesquisa de campo “Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012”.

4.1 ANÁLISE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

Capital do estado do Rio Grande do Norte, situado na região nordeste brasileira, o município de Natal se insere no litoral oriental leste do estado (Figura 2), localizando-se na zona costeira, comportando em sua extensão de 167,26 km² (IBGE, 2010) uma enorme variedade de ecossistemas de importância ambiental. Citam-se estuários, restingas, dunas, falésias, baías, recifes, corais, praias, planícies, entre outros. Cabe salientar que se encontra nesta zona a mais importante área remanescente da floresta tropical (Mata Atlântica): o Parque das Dunas (NATAL, 2012). Seu clima é classificado por Vianello e Alves (1991 *apud* NATAL, 2012) como sendo tropical chuvoso quente com verão seco, o que contribui para a presença de temperaturas elevadas todo o ano. Pela proximidade com a linha do Equador, existem altos índices de irradiação solar, garantindo 300 dias de sol por ano. A temperatura anual varia de 26° C (mínima) a 28,3° C (máxima), com umidade relativa do ar em torno de 79,4% (NATAL, 2012).

Sobre o município de Natal, França (2001, p. 1) afirma:

Natal tem sido cantada em verso e prosa em razão de seus fatores naturais e culturais que tanto encantam os que por aqui chegam. Esses fatores têm-se constituído nas suas principais vantagens comparativas e competitivas na hora de atrair o turista. Nada mais justo esta fama de bela e hospitaleira. Não obstante, como tantas outras cidades de médios e grandes portes do Brasil, Natal mais do que qualquer outra, esconde, pela peculiar configuração de sua malha urbana, outra face, reveladora da sua feiura social, retrato em preto e branco exposto na galeria da miséria de seus bairros periféricos. De fato, as áreas onde moram os mais miseráveis não estão ao alcance dos olhos de nossos visitantes e tampouco dos nativos mais segregados. Esse fato contribui, sobremaneira, para consolidar a fama de bela e a esconder a real diversidade de sua geografia humana.

Figura 2. Mapa de localização do município de Natal/RN.



Conforme a Lei Municipal nº 3.878/89, de 7 de dezembro de 1989, o município de Natal se divide em 36 bairros, distribuídos em quatro zonas administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste (NATAL, 2012).

Na região administrativa Norte, encontram-se os bairros: Lagoa Azul, Pajuçara, Potengi, Nossa Senhora da Apresentação, Redinha, Igapó e Salinas. Na região administrativa Sul, encontram-se os bairros: Lagoa Nova, Nova Descoberta, Candelária, Capim Macio, Pitimbu, Neópolis e Ponta Negra. Na zona Leste, encontram-se: Santos Reis, Rocas, Ribeira, Praia do Meio, Cidade Alta, Petrópolis, Areia Preta, Mãe Luiza, Alecrim, Barro Vermelho, Tirol e Lagoa Seca. Na zona Oeste, estão os bairros: Quintas, Nordeste, Dix-sept Rosado, Bom Pastor, Nossa Senhora de Nazaré, Felipe Camarão, Cidade da Esperança, Cidade Nova, Guarapes e Planalto (NATAL, 2012).

Nos últimos 50 anos, a intensificação do processo de urbanização das cidades brasileiras, principalmente as grandes e médias, acarretou transformações na configuração urbana, acentuando as desigualdades sociais na população (FERREIRA, 2003). Segundo Gonçalves (2006), as intensas mudanças sociodemográficas ocorridas nas últimas décadas do século XX foram consequência, entre outras razões, da continuidade do processo de urbanização.

Clementino et al. (2009) mencionam que o processo de urbanização de Natal, a partir de seu marco inicial em 1599, foi desordenado por um longo período, e extremamente ligado às atividades mercantis ditadas pelas economias tradicionais – cana-de-açúcar, algodão

e pecuária –, tendo permanecido sem avanços até o início do século XX. Com o progresso da aviação civil e militar, sua modernização e internacionalização, Natal passou a ser um local chave, em razão de sua proximidade com o município de Parnamirim. Detentor de uma localização privilegiada – próximo ao Norte da África, Europa e Estados Unidos –, esse município foi escolhido, por ocasião da Segunda Guerra Mundial, como sede para a mais importante base militar norte-americana (*Parnamirim Field*) fora dos Estados Unidos. Adicionalmente, o governo brasileiro implantou também ali bases de suas forças aéreas (Exército, Marinha e Aeronáutica) (CLEMENTINO, 1995). Sá (2011) ressalta que nesse período ocorreu um significativo crescimento populacional natalense, o qual se prolongou até o final da guerra.

Na década de 80, Natal se tornou 100% urbana, resultado da intensificação do processo de expansão vivido a partir dos anos 70. Nesse período, a população ampliou suas fronteiras, rompendo os limites da cidade e instalando-se nos municípios circunvizinhos – Região Metropolitana (CLEMENTINO et al., 2009). Uma das consequências desse processo, segundo Sá (2011), é a decadência das áreas centrais da cidade.

Clementino (1995) relata que, na década de 70, a urbanização foi predominantemente afetada pelas políticas públicas de incentivo ao turismo promovidas pelo Governo brasileiro, que propiciaram melhorias em diversos setores, tais como infraestrutura urbana, construção civil, comércio – especialmente grandes centros comerciais (*shopping centers*) –, serviços, habitação.

Associada à expansão turística, a expansão no setor imobiliário, em Natal, propiciou o surgimento de condomínios de edifícios (verticalização) e condomínios fechados de casas. A divulgação e a comercialização da cidade de Natal nas demais regiões brasileiras e no exterior – principalmente na Europa – atraíram investimentos, gerando concorrência imobiliária com os grupos locais na disputa dos melhores lugares para comercialização. Alguns bairros localizados nas zonas Sul e Leste passaram por um processo intenso de verticalização e de especulação imobiliária (SÁ, 2011).

A especulação imobiliária incitou a falência dos programas de casa própria da época: os altos preços e condições de financiamentos tornaram tal bem para a maioria da população algo inatingível (LIMA P., 2001). Essa prática provocou uma separação socioespacial no município, no que se refere à faixa de renda e classe social, culminando com o aparecimento das áreas de pobreza ou periferias classificadas, lugar de residência da população de baixa renda (SERPA, 2001; SILVA, 2003).

Natal, assim como outras capitais brasileiras, cedeu ao modelo de urbanização segregacionista. O surgimento de áreas progressistas, as quais trouxeram uma população de renda média, também favoreceu a propagação do processo de urbanização (SILVA, 2003). Por outro lado, fez germinarem mais áreas de pobreza em áreas mais afastadas do centro da cidade (BEZERRIL, 2006).

A ocupação das zonas administrativas refletiu essa segregação, tendo em vista que as zonas administrativas Leste e Sul – mais próximas ao centro –, foram adensadas por famílias de melhor poder aquisitivo. Por conseguinte, as famílias que povoaram as zonas Oeste e Norte do município – mais distantes do centro e que apresentam barreiras geográficas (dunas e o rio Potengi) – detinham, comparativamente, menor poder aquisitivo (BEZERRIL, 2006).

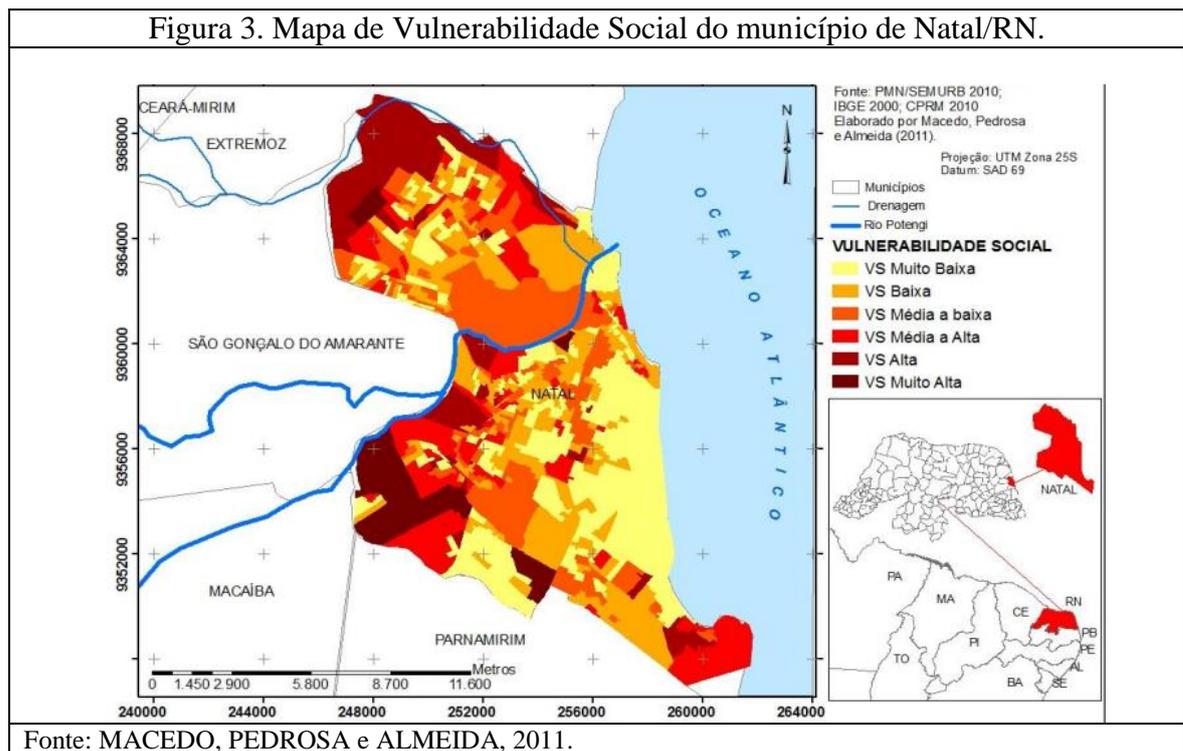
Em conformidade com o trabalho de Bezerril, França (2001), analisando as zonas administrativas da cidade, revela que as zonas Oeste e Norte despontam como as duas mais deprimidas social e economicamente, apresentando as maiores taxas de fecundidade do município. Nessas zonas se encontram bairros com características de uma população que ainda não iniciou o processo de transição demográfica (ASSIS, 2002).

Por sua vez, as zonas Sul e Leste são consideradas as mais privilegiadas, com as menores taxas de fecundidade, apresentando bairros com características de países altamente desenvolvidos e com o processo de transição demográfica já consolidado (FRANÇA, 2001; ASSIS, 2002).

No âmbito das desigualdades demográficas, sociais e econômicas entre os bairros de Natal, Macedo, Pedrosa e Almeida (2011) desenvolveram índices de vulnerabilidade social¹² para cada setor censitário do município, categorizando-os em 6 grupos: Grupo 1) vulnerabilidade social muito baixa; Grupo 2) vulnerabilidade social baixa; Grupo 3) vulnerabilidade social média a baixa; Grupo 4) vulnerabilidade social média a alta; Grupo 5) vulnerabilidade social alta; Grupo 6) vulnerabilidade social muito alta. De acordo com o modelo criado, quatro critérios foram considerados mais influentes para a vulnerabilidade social: a) educação e jovens; b) infraestrutura e habitação; c) gênero; d) infraestrutura / lixo não coletado. Os resultados obtidos no trabalho (Figura 3) reafirmaram o que havia sido dito pelos autores anteriormente, ou seja, as zonas Norte e Oeste detiveram a maior quantidade de setores censitários com vulnerabilidade social de alta a muito alta – fato compatível com os

¹² Por vulnerabilidade queremos dizer as características de uma pessoa ou grupo em termos de sua capacidade de prever, lidar com, resistir e se recuperar do impacto de um perigo natural. Trata-se de uma combinação de fatores que determinam o grau em que a vida de alguém e os meios de subsistência são postos em risco por um evento discreto e identificável na natureza ou na sociedade (BLAIKIE et al., 1994, *apud* AZEVEDO, 2010, p.24).

piores indicadores sociais e a baixa renda predominantes nos bairros pertencentes a essas zonas. Por outro lado, a maioria de setores que apresentaram os melhores indicadores de vulnerabilidade social estavam compreendidos nas zonas administrativas Sul e Leste. Essas zonas concentraram a maior densidade do setor de serviços e melhores condições de infraestrutura e moradia.



Tendo em vista as desigualdades apresentadas pelos bairros de Natal, pode-se prever que o envelhecimento populacional não causará igual impacto em todo o município. Quanto maior a vulnerabilidade social do bairro, maior tende a ser a necessidade de assistência e proteção por parte de seus habitantes.

Sendo um processo com tendência crescente, o envelhecimento populacional trará repercussões nas políticas públicas de todos os setores, mas certamente a ênfase maior será nos setores ligados à proteção social, haja vista que os idosos, relativamente, são os que mais se sujeitam a um maior grau de vulnerabilidade social e de saúde (TELLES e BORGES, 2012).

Atualmente, as políticas públicas de atenção ao idoso não são eficazes na mitigação de alguns problemas relacionados à vulnerabilidade social dessa população (CAROLINO, CAVALCANTI e SOARES, 2010). Em face desse panorama, a população idosa mais fragilizada e que estará mais suscetível aos desafios do envelhecimento

populacional será justamente a dos bairros inseridos em regiões periféricas e de menor poder aquisitivo.

4.1.1 Pirâmides etárias populacionais do município de Natal/RN, por bairro (2000, 2010).

As pirâmides etárias permitem visualizar o processo de transição demográfica – através delas verifica-se a estrutura etária relativa da população por sexo, identificando-se em que fase da TD se encontra a unidade territorial (MOREIRA, 1998).

As Figuras 4 a 7 ilustram as diferenciações acontecidas no período (2000 e 2010) nos bairros do município. De um modo geral, observaram-se mudanças significativas em suas estruturas piramidais. Os bairros das diferentes zonas administrativas foram agrupados para facilitar a visualização das diferenças populacionais entre eles. As análises ocorreram por zona, focando-se nos bairros que se destacaram nos indicadores do envelhecimento.

Na zona administrativa Norte, destacaram-se os bairros Nossa Senhora da Apresentação e Potengi. O bairro de Nossa Senhora da Apresentação, em 2000, apresentou um formato piramidal típico de países menos desenvolvidos, onde a fecundidade e a mortalidade se apresentam altas – base larga e topo estreito, com crescimento vegetativo baixo. Em 2010, apesar da perda populacional nas faixas etárias mais jovens (0 ao 14 anos), seu formato permaneceu com características de altas fecundidade e mortalidade, porém, com menor intensidade e com crescimento vegetativo aumentando. A proporção de jovens ainda é alta. Em contraposição, no bairro Potengi que possuía, no período, desenho piramidal característico de países em desenvolvimento – com a fecundidade alta e mortalidade decaindo e com um crescimento vegetativo menor –, percebeu-se um aumento nas proporções de adultos e idosos, com maior ênfase a partir dos 50 anos e na faixa etária dos 25 aos 34 anos.

Na zona administrativa Sul, apesar dos formatos das pirâmides em todos os bairros se apresentarem semelhantes, ressaltaram-se os bairros Ponta Negra e Capim Macio. No período de 2000 a 2010, Ponta Negra apresentou um formato piramidal típico de países em desenvolvimento, onde a fecundidade se mantém alta e a mortalidade decai, o crescimento vegetativo ainda é baixo. As maiores perdas populacionais ocorreram até os 24 anos de idade e os maiores ganhos a partir dos 55 anos de idade – a proporção de idosos aumentou. Cabe salientar aqui o peso da componente demográfica migração: por ser um bairro conhecido nacionalmente como polo turístico do município – em Ponta Negra se concentram praias urbanas, hotéis, shoppings, entre outros atrativos –, ele atrai turistas e migrantes do Brasil e do

exterior. O bairro de Capim Macio também possuía, no período, desenho piramidal característico de países em desenvolvimento, com a fecundidade alta e mortalidade reduzida e um crescimento vegetativo pequeno. Percebeu-se, porém, uma queda brusca na proporção de jovens e adultos – até os 19 anos de idade –, e um grande aumento nas proporções de adultos e idosos – enfatizando-se a faixa a partir dos 50 anos.

A zona administrativa Leste, no período, apresentou a população mais envelhecida no município, perceptível pelos formatos piramidais dos bairros. Nessa zona, dois bairros se destacaram, Mãe Luiza e Petrópolis, os quais detêm características do envelhecimento populacional bem contrastantes. Esse fato se deve à enorme disparidade em termos de infraestrutura, poder aquisitivo e vulnerabilidade social – já mencionada anteriormente. O bairro de Mãe Luiza foi o que apresentou o desenho piramidal menos envelhecido, característico dos países em desenvolvimento, onde a fecundidade se mantém alta e a mortalidade decai, o crescimento vegetativo ainda é baixo. As maiores quedas proporcionais populacionais se deram até os 19 anos e os maiores aumentos proporcionais dos 35 aos 64 anos de idade – a proporção de adultos aumentou. O bairro Petrópolis foi considerado, de acordo com os indicadores do envelhecimento, como um dos mais envelhecidos do município, o que é corroborado por seu formato piramidal, característico de países mais desenvolvidos – base estreita e topo largo, com a fecundidade e mortalidade baixas e um crescimento vegetativo reduzido, apresentando um contingente alto de adultos mais velhos e idosos e uma queda cada vez mais acentuada na proporção de jovens e adultos jovens, até os 24 anos de idade.

Entre as zonas administrativas natalenses, a Oeste se configurou como a menos envelhecida. Observando-se os formatos piramidais dos bairros, no período estudado, ressaltam-se os bairros Guarapes e Cidade da Esperança. O bairro Guarapes foi o que apresentou o desenho piramidal menos envelhecido – base ainda larga e topo estreito, característico dos países menos desenvolvidos, onde a fecundidade e a mortalidade se apresentavam altas e o crescimento vegetativo baixo. As maiores perdas proporcionais populacionais, no período, se verificaram até os 14 anos e os maiores ganhos dos 20 aos 29 anos de idade e dos 45 aos 64 anos. A proporção de jovens ainda é alta. Cidade da Esperança foi considerado um dos bairros mais envelhecidos desta zona: seu formato piramidal com base estreita, corpo largo e topo ainda estreito é característico de países em desenvolvimento, com a fecundidade alta e mortalidade decaindo e um crescimento vegetativo baixo, apresentando um contingente grande de adultos e jovens e um aumento crescente da proporção de idosos.

Em uma análise mais detida das pirâmides de alguns bairros destacados nos indicadores do envelhecimento – Areia Preta, Cidade Alta, Ribeira e Tirol –, percebeu-se que todos têm um formato piramidal de bulbo em 2010, significando uma proporção de jovens reduzida e um percentual de adultos e uma proporção de idosos altos – principalmente acima dos 80 anos. Tal condição retangulariza o desenho piramidal, caracterizando uma população estacionária, adulta ou de transição.

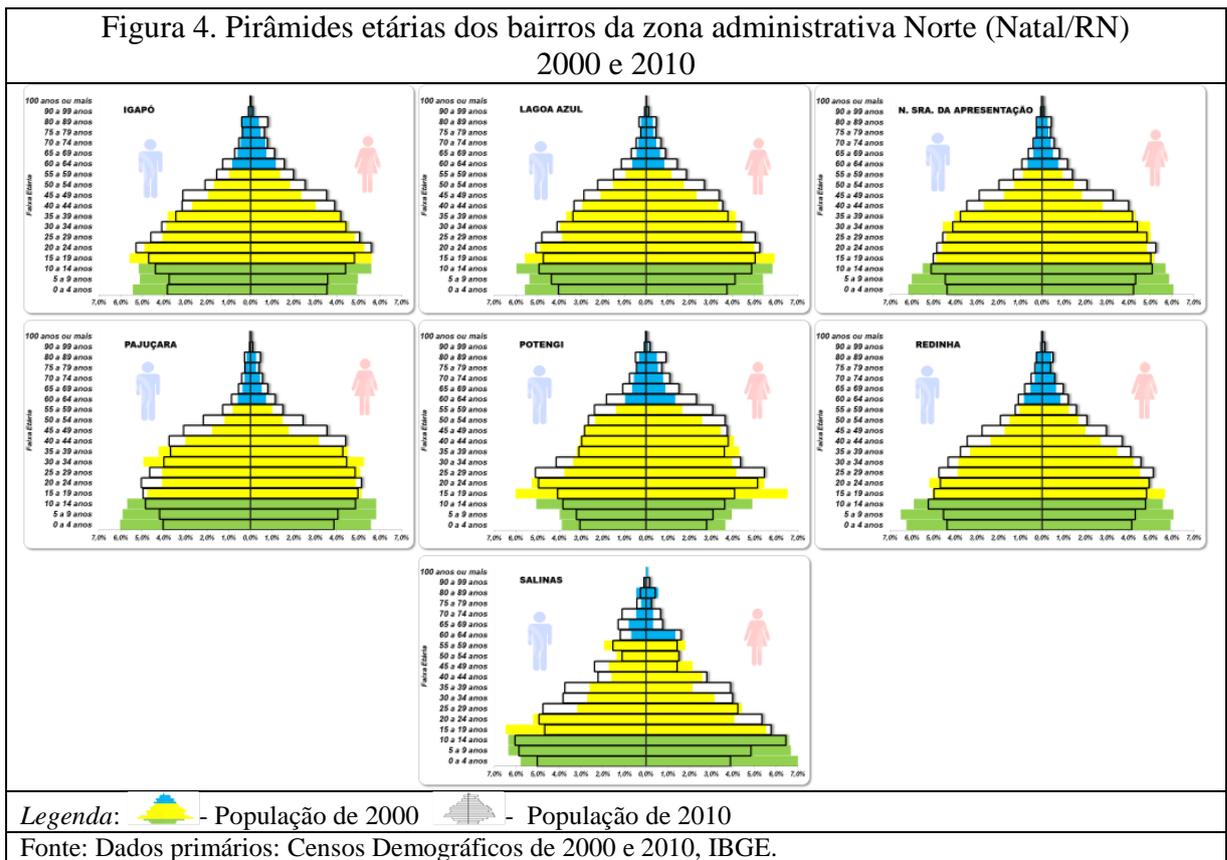
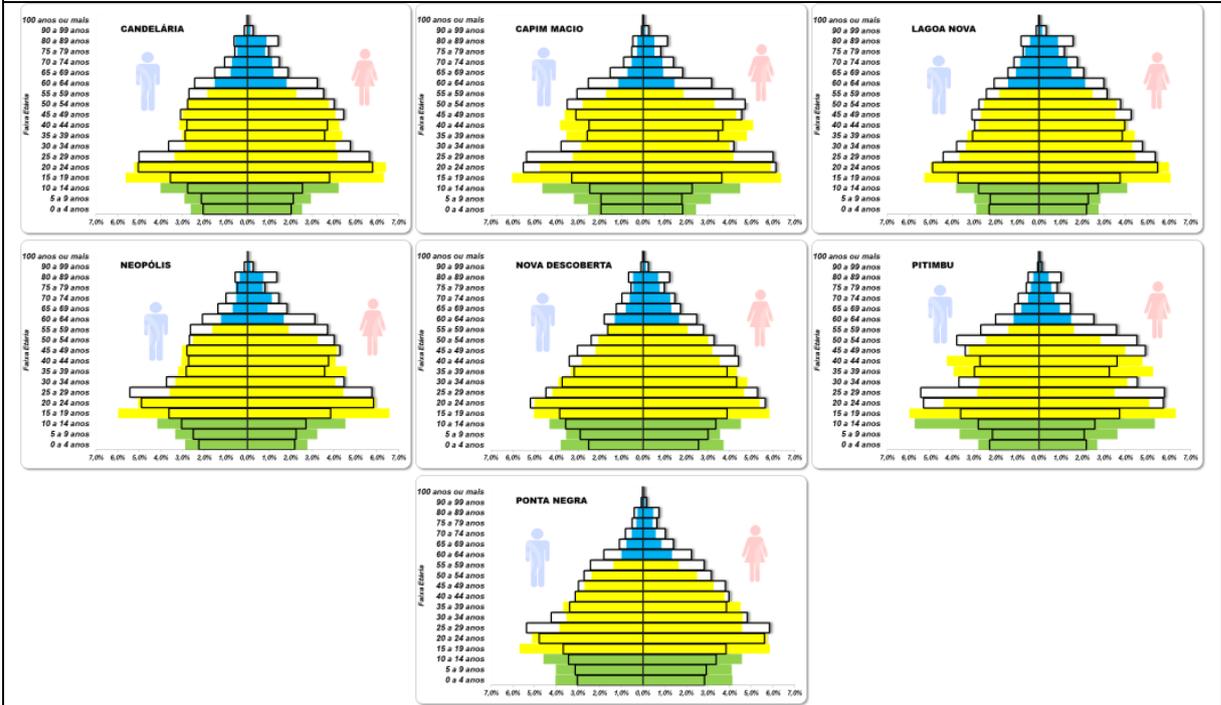


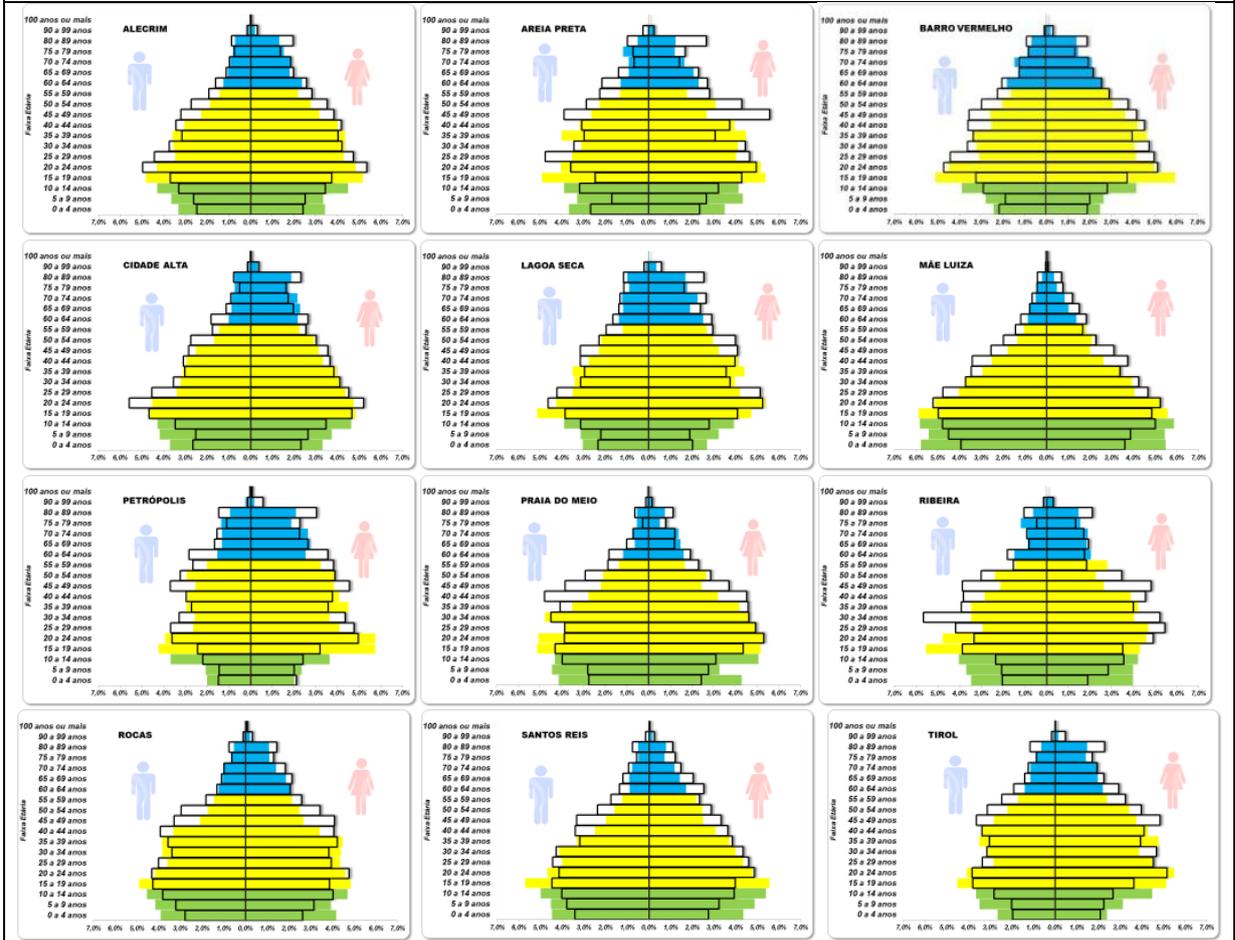
Figura 5. Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Sul (Natal/RN) 2000 e 2010



Legenda: - População de 2000 - População de 2010

Fonte: Dados primários: Censos Demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

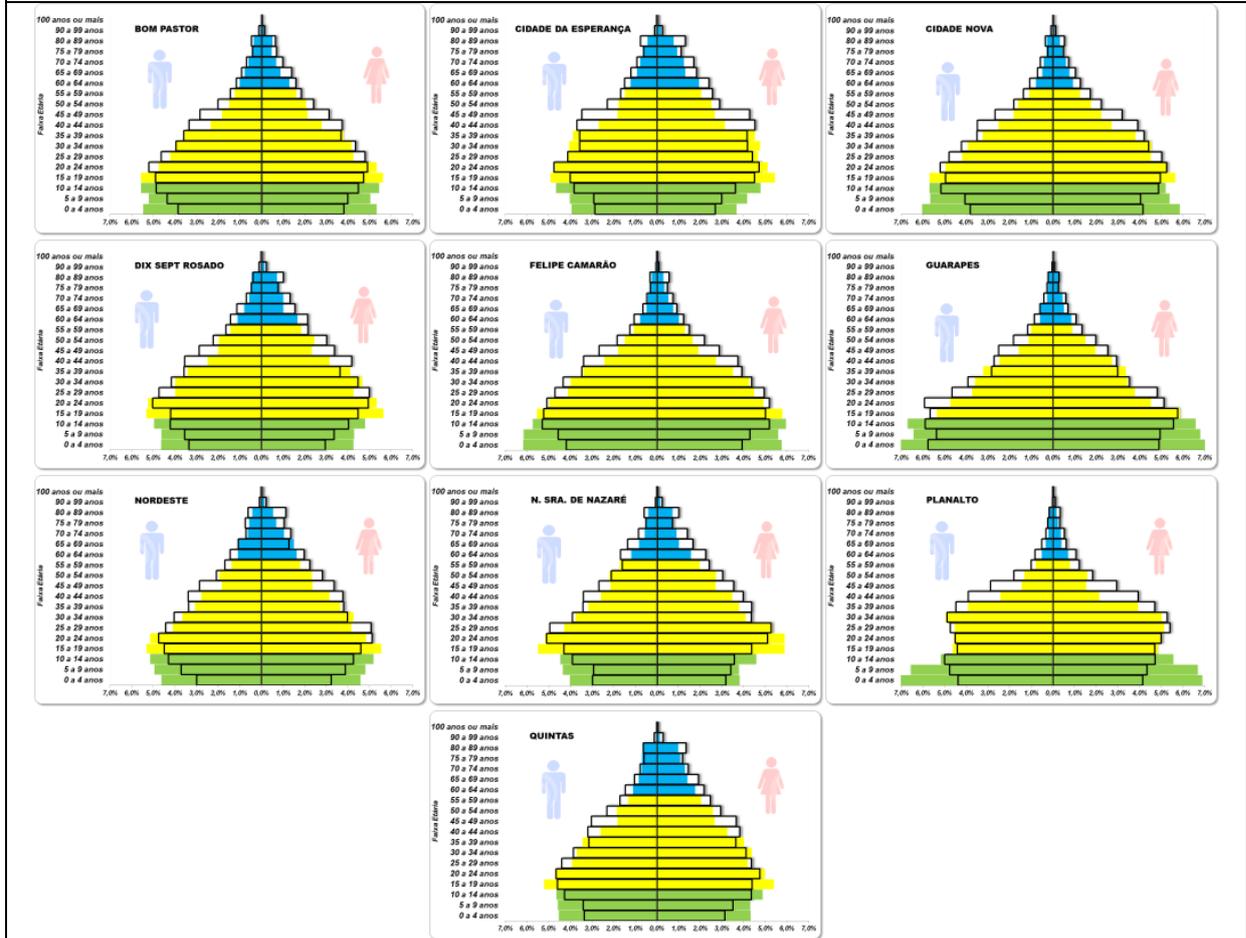
Figura 6. Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Leste (Natal/RN) 2000 e 2010



Legenda: - População de 2000 - População de 2010

Fonte: Dados primários: Censos Demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

Figura 7. Pirâmides etárias dos bairros da zona administrativa Oeste (Natal/RN)
2000 e 2010



Legenda:  - População de 2000  - População de 2010

Fonte: Dados primários: Censos Demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

4.1.2. Análise de agrupamento dos bairros do Natal/RN.

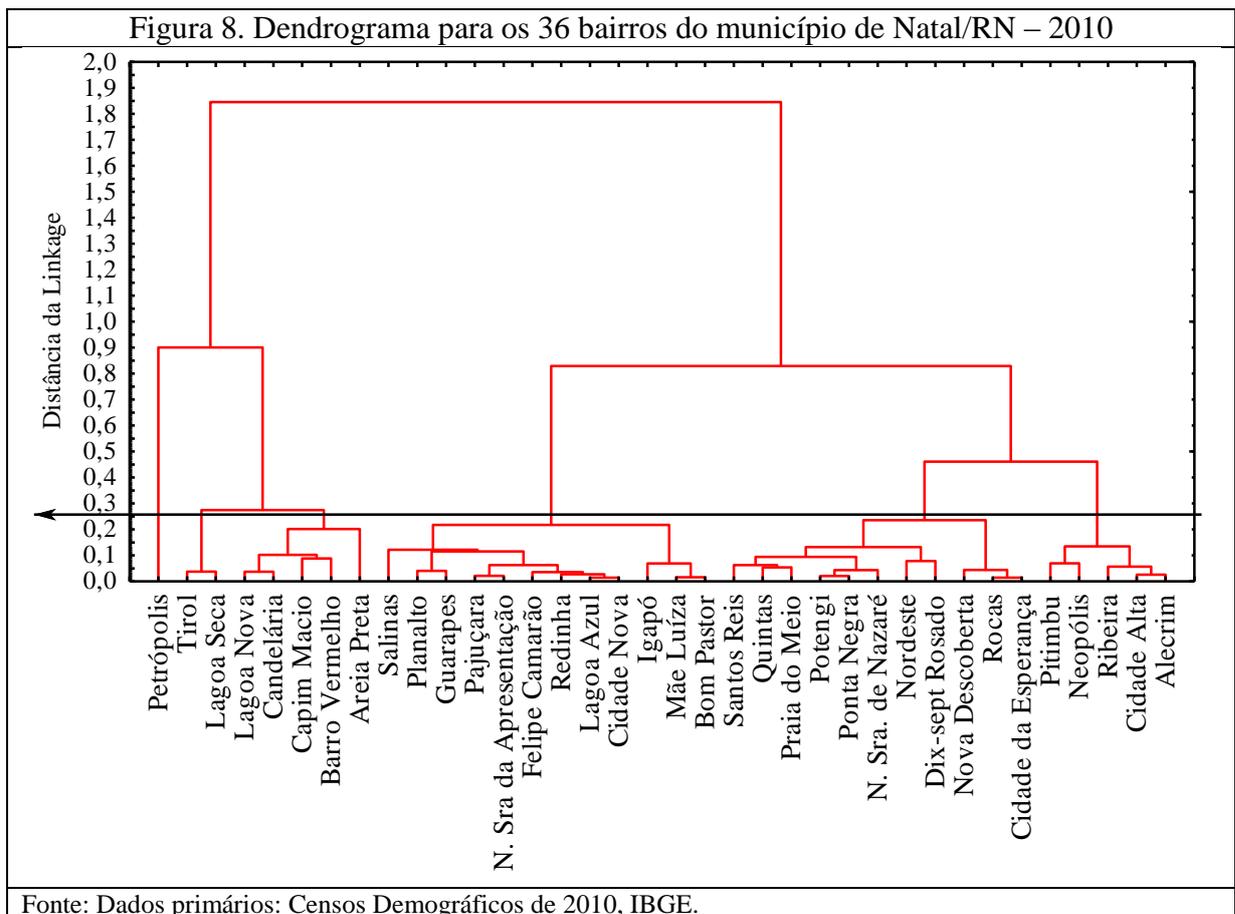
A análise de agrupamento ou *Cluster analysis* classifica objetos de acordo com características similares entre eles formando estratos, com base em critérios predefinidos, sendo que o grupo resultante deverá ter um alto grau de homogeneidade interna (*within-cluster*) e alta heterogeneidade externa (*between-cluster*) (CORRAR e POHLMANN, 2008).

Nessa abordagem, as variáveis selecionadas para a realização desta análise foram: Índice de envelhecimento (IE), Razão de dependência 60 anos e mais e o Índice de longevidade (IL), para o ano de 2010 (Anexo G). A seleção das variáveis foi oportuna e justificada tendo em vista que são os mais usuais e recentes indicadores no contexto do envelhecimento populacional.

Depois de se aplicar a análise de agrupamento para os bairros de Natal, utilizando-se o *software Statistica for Windows* (versão 7), obteve-se o diagrama árvore – dendrograma

(Figura 6). De acordo com a estrutura obtida, e com os resultados dos indicadores calculados anteriormente, optou-se por agrupar os 36 bairros em seis grupos – ponto de corte distância *linkage* 0,25(aproximadamente). Os grupos formados foram:

- Grupo 1: Petrópolis;
- Grupo 2: Tirol e Lagoa Seca;
- Grupo 3: Lagoa Nova, Candelária, Capim Macio, Barro Vermelho e Areia Preta;
- Grupo 4: Pitimbu, Neópolis, Ribeira, Cidade Alta e Alecrim.
- Grupo 5: Santos Reis, Quintas, Praia do Meio, Potengi, Ponta Negra, N. Senhora de Nazaré, Nordeste, Dix-Sept Rosado, Nova Descoberta, Rocas e Cidade da Esperança;
- Grupo 6: Salinas, Planalto, Guarapes, Pajuçara, N. Senhora da Apresentação, Felipe Camarão, Redinha, Lagoa Azul, Cidade Nova, Igapó, Mãe Luíza e Bom Pastor



Algumas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo) foram calculadas para quantificar o intervalo de cada grupo de acordo com as variáveis

incluídas no agrupamento. Os resultados da Tabela 2 mostram que o índice de longevidade é a variável que apresenta desvios padrão mais amplos dentro dos grupos. As outras variáveis consideradas revelam desvios menores, significando que os grupos são mais homogêneos. Por outro lado, quando se analisam as médias dos grupos, percebem-se valores mais destoantes, fato que caracteriza grupos heterogêneos entre eles. Para corroborar tal hipótese foi realizado o teste de Kruskal-Wallis – equivalente não paramétrico do teste ANOVA (análise de variância) – entre os grupos para cada variável. O teste apresentou p-valor < 0,0000 para as variáveis índice de envelhecimento e razão de dependência idosa acima de 60 anos e um p-valor < 0,0087 para a variável índice de longevidade, ou seja, pelos menos um par dos grupos difere significativamente entre si. Ressalva-se que a escolha do teste de Kruskal-Wallis se deveu à quantidade reduzida de observações, o que impossibilitava a aplicação da ANOVA. Vale lembrar que o grupo 1, formado apenas pelo bairro Petrópolis, não foi incluído no teste.

Tabela 2. Estatísticas descritivas das variáveis selecionadas para a análise de agrupamento por grupo formado.

Estatísticas	Grupo					
	1	2	3	4	5	6
<i>Índice de envelhecimento</i>						
Média	198,77	134,56	115,07	94,01	62,62	26,59
Desvio padrão	0,00	1,95	4,87	2,92	7,78	6,80
Valor mínimo	198,77	133,18	109,09	90,16	52,50	16,64
Valor máximo	198,77	135,94	120,55	97,25	75,36	37,25
<i>Razão de dependência 60 e mais</i>						
Média	32,40	26,43	21,37	19,70	17,43	10,51
Desvio padrão	0,00	1,72	2,01	2,40	2,01	2,24
Valor mínimo	32,40	25,22	18,52	16,29	14,67	7,27
Valor máximo	32,40	27,65	23,88	22,38	20,17	14,16
<i>Índice de longevidade</i>						
Média	51,71	49,00	43,52	45,32	41,43	37,61
Desvio padrão	0,00	0,54	6,13	5,73	3,11	3,37
Valor mínimo	51,71	48,62	36,62	39,12	36,90	29,69
Valor máximo	51,71	49,38	53,11	50,24	46,77	43,52

Fonte: Dados primários: Censo demográfico 2010, IBGE.

Os bairros que lideram as posições dos mais elevados indicadores de envelhecimento são aqueles mais tradicionais e antigos do município – Petrópolis, Tirol e Lagoa Seca. Em contrapartida, os bairros mais periféricos são os que apresentam menores crescimentos da população mais idosa: Redinha, Pajuçara, Salinas, Nossa Senhora da Apresentação, Igapó e Lagoa azul, que se situam na zona administrativa Norte, e os bairros Bom Pastor, Guarapes, Felipe Camarão, Cidade Nova e Planalto, que se situam na zona Oeste.

Segundo Assis (2002), em que pese Mãe Luíza ser um bairro menos envelhecido e mais vulnerável socioeconomicamente, ele se situa na zona Leste, localização da cidade

caracterizada por um perfil de residentes mais abastados, e com processo de envelhecimento em curso, como é o caso do bairro de Petrópolis.

A partir dos grupos formados pela análise de agrupamento, elaboraram-se mapas temáticos dos indicadores do envelhecimento (Figuras 9, 10 e 11). Consideraram-se, para a elaboração desse mapa, os valores mínimos e máximos como delimitador dos grupos para cada indicador.

Observando-se as figuras, perceberam-se diferenças mais significativas no grupo 3. Esse grupo, nos indicadores índice do envelhecimento e razão de dependência de 60 anos, ocupava a quarta posição, enquanto no índice de longevidade passou a ocupar a segunda, o que pode significar que apesar de esse grupo ter uma população envelhecida, seus idosos podem ser considerados idosos jovens em relação aos dos outros grupos.

Os demais grupos variam pouco de *ranking* nos indicadores do envelhecimento.

Com base nas figuras, em linhas gerais, observou-se que os bairros mais periféricos são aqueles detentores de menores indicadores do envelhecimento. Em contrapartida, os bairros localizados na área mais central cidade mostravam indicadores que os caracterizavam num estágio mais avançado do envelhecimento populacional. Os resultados reforçam a literatura vigente, citada no início deste capítulo.

Ênfase deve ser dada aos bairros de Ponta Negra e Potengi.

O bairro de Ponta Negra é um bairro com características turísticas e considerado de elevados níveis de condições de vida. Nele se concentram os migrantes do segmento jovem a adulto – condição esta que rejuvenesce a população e que reflete nos indicadores do envelhecimento, variando entre a segunda e terceira posição dos menores indicadores (ASSIS e BARBOSA, 2002; FURTADO, 2007).

Potengi, considerado um dos maiores, em termos de extensão, e mais populosos bairros da zona Norte – notadamente uma das zonas com menores níveis de condições de vida de seus residentes (FRANÇA, 2001; ASSIS e BARBOSA, 2002), constituiu-se a partir de conjuntos habitacionais (1975) – condição favorável para o surgimento de comércio e indústrias de pequeno porte. O bairro se inseriu entre o grupo dos menores indicadores de envelhecimento do município, porém, dentro da zona em que se situa, destacou-se com os maiores valores, o que pode representar uma sensível melhoria de qualidade de vida populacional no bairro. Hoje, comporta, entre outros, *shopping centers*, hipermercados, Complexo Cultural, Universidade Estadual e Instituto Federal, elevando seu perfil socioeconômico e educacional, com a atração de pessoas não dependentes para suprir tanto a

carência da mão de obra quanto as vagas dos estabelecimentos públicos educacionais (NATAL, 2012).

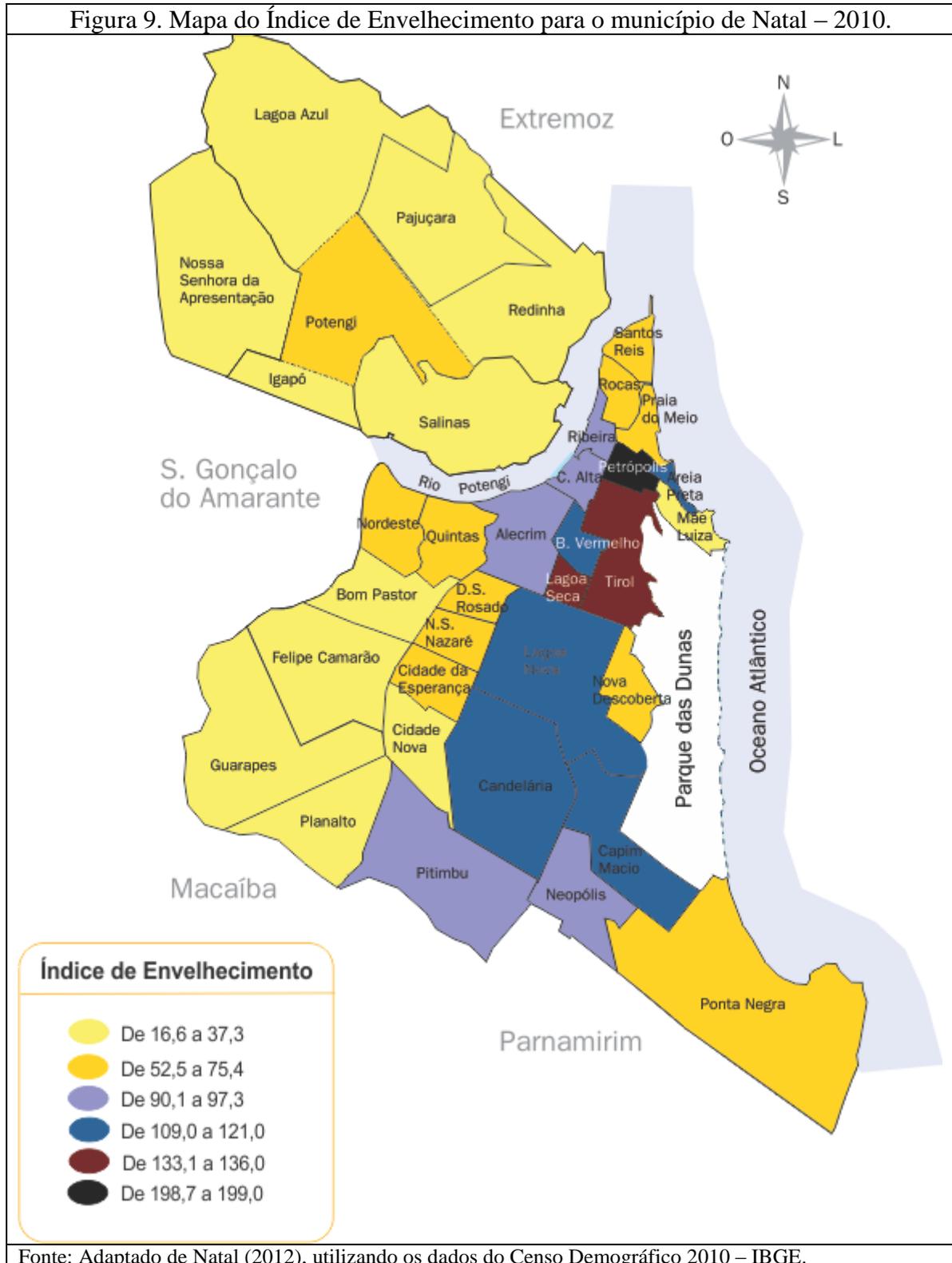


Figura 10. Mapa da Razão de Dependência Idosa para o município de Natal – 2010.

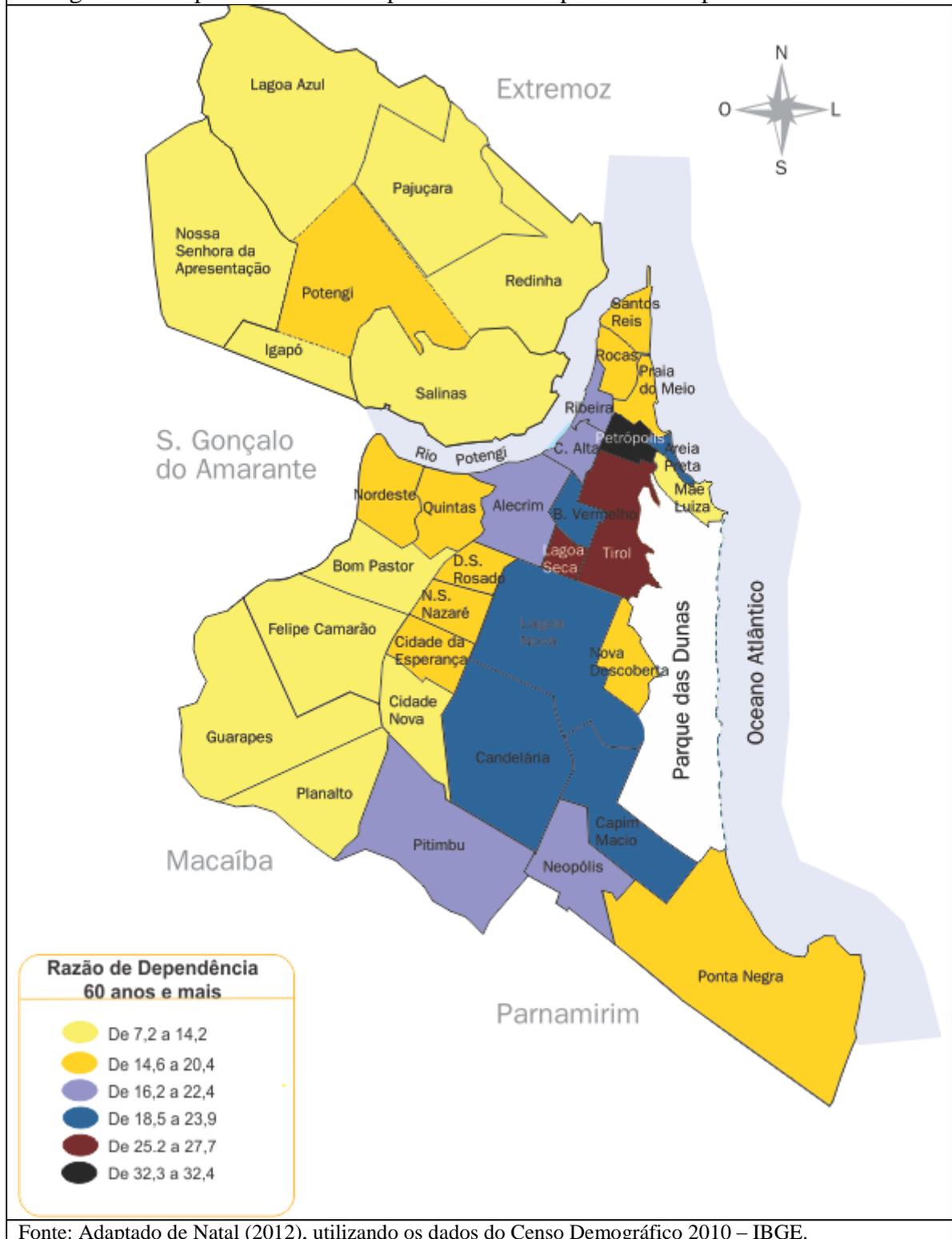
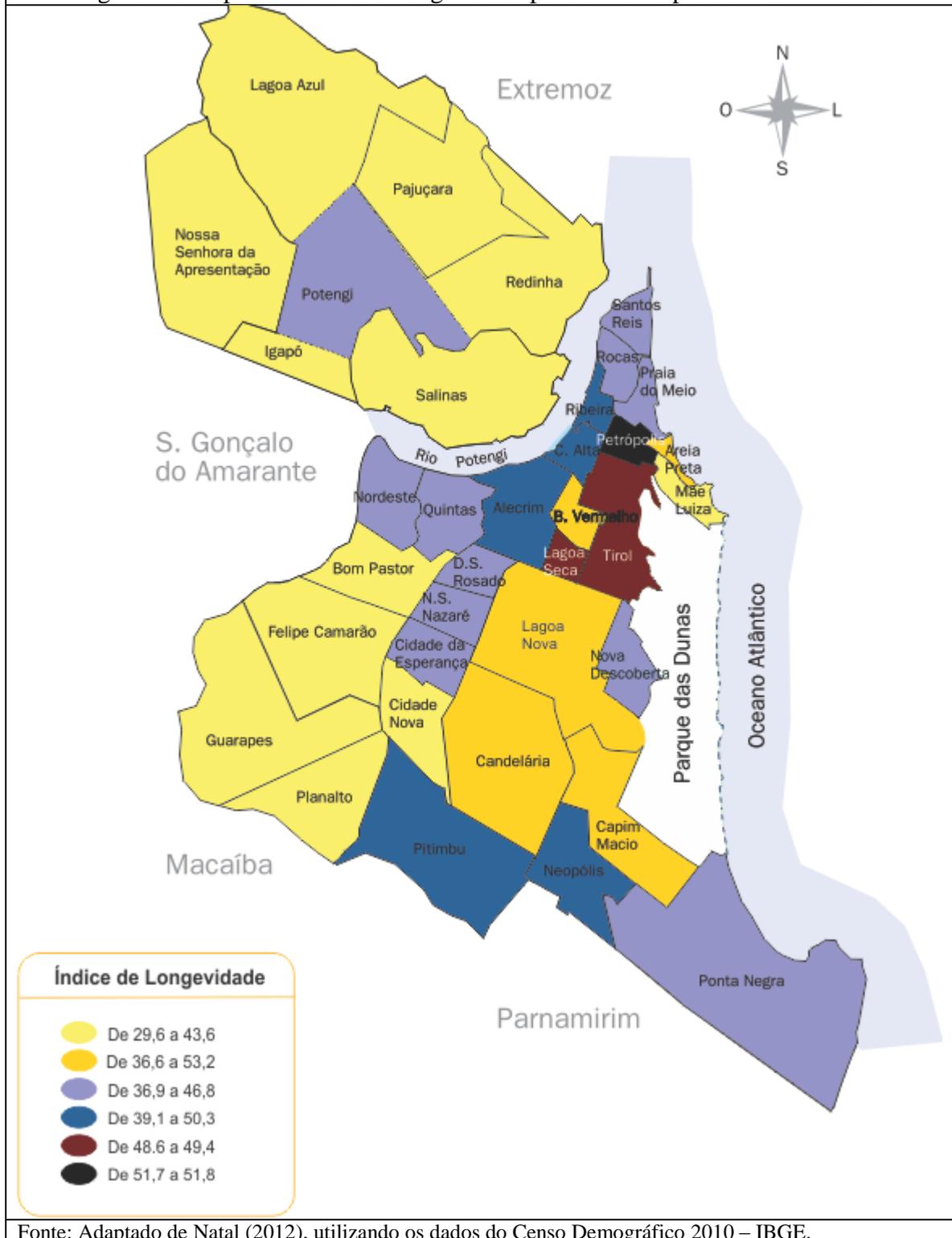


Figura 11. Mapa do Índice de Longevidade para o município de Natal – 2010.



4.2 PESQUISA: “CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, 2012”

Nesta seção são apresentados os resultados da pesquisa de campo realizada nas ILPIs do município de Natal. Os resultados referem-se a: caracterização das ILPIs no município; perfil social, demográfico e econômico dos cuidadores formais de idosos; fatores relacionados a pretensão de deixar de ser cuidador de idosos; avaliação da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos das ILPIs; percepção do grau de dependência do idoso – pela visão do seu cuidador – e verificação de violência contra os idosos institucionalizados nas ILPIs de Natal.

4.2.1 Caracterização das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.

As informações levantadas pela pesquisa considerada neste estudo permitem caracterizar as instituições de longa permanência para idosos localizadas no município de Natal/RN. Todas elas foram coletadas junto aos responsáveis pelas ILPIs. Cumpre destacar que nas instituições de natureza privada os informantes foram os sócios-proprietários – por se tratar de sociedade com fins lucrativos. Por outro lado, nas ILPIs de natureza filantrópica – instituições de natureza privada mantidas, em sua maioria, por associações religiosas sem fins lucrativos –, os questionários foram respondidos por seus responsáveis técnicos (Tabela 3). Salienta-se que no levantamento prévio das instituições regulamentadas no período, não havia ILPI de natureza pública no município. A maioria das instituições pesquisadas podem ser classificadas como abertas, ou seja, os idosos e familiares têm liberdade de ir e vir independentemente do horário ou agendamento (IPEA, 2011), todavia os horários das refeições, das atividades de socialização (atividades manuais e religiosas em grupo, confraternizações, etc.) são preestabelecidos pela própria instituição, de forma a facilitar sua administração.

Um estudo realizado pelo Ipea (2011) sobre as condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil revelou que a grande maioria das novas instituições surgidas são privadas¹³ com fins lucrativos – entre 2000

¹³ Tal fato pode estar relacionado com a vulnerabilidade de uma instituição de natureza jurídica privada (IPEA, 2011), que depende das mensalidades para se manter, sendo, pois, mais suscetível às fragilidades (inconstâncias) do mercado em que está inserida, podendo fechar com a mesma “facilidade” com que foi aberta.

e 2009, verificou-se um incremento anual de 57,8%. Tal fato também se aplica ao município de Natal, conforme dados da Tabela 5, segundo a qual o início do funcionamento das instituições de natureza privada é mais recente do que o das filantrópicas – a diferença média é de aproximadamente 6 anos (com uma variação de 3,4 anos entre elas). No Brasil, as ILPIs privadas passaram a ter representatividade nos anos 80, mas em Natal elas só surgiram a partir do início do século XXI. Hoje, representam 54,5% do total das ILPIs (Tabela 3), ao passo que no cenário nacional, as instituições de natureza filantrópica são a maioria (65,2%) (IPEA, 2011).

Tabela 3. Cargo dos respondentes da pesquisa, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Cargo respondente	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Proprietário (a)	6	54,5	6	100,0	0	-
Presidente	1	9,1	0	-	1	20,0
Coordenador (a) técnico (a)	1	9,1	0	-	1	20,0
Responsável técnico (a)	3	27,3	0	-	3	60,0
Total (% linha)	11	100,0	6	54,5	5	45,5

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

O IPEA, através da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), realizou, entre 2007 e 2008, um levantamento das instituições de longa permanência para idosos e dos idosos nelas assistidos, na região Nordeste brasileira, sob a coordenação geral de Ana Amélia Camarano. Nesse levantamento, identificou-se um total de 8.400¹⁴ idosos assistidos em 302 ILPIs – o que representa 8,5% do total de ILPIs brasileiras, ou seja, apenas 0,2% da população idosa era institucionalizada na região. Constatou-se, ainda, que a maioria das ILPIs do Nordeste concentrava-se próximo à faixa litorânea e nos arredores das capitais (Figura 12); assim, quanto mais afastado dessas áreas menor era a chance de encontrar uma ILPI. No Rio Grande do Norte, no período, foram identificados 745 idosos distribuídos em 29 ILPIs (9,6% do total de ILPIs), o que representa 0,3% da população idosa no estado (2007). Na Figura 13 visualiza-se a distribuição espacial das ILPIs do estado. Nota-se que, apesar de o município de Natal ter a maior quantidade de idosos institucionalizados, a concentração das ILPIs se dá na microrregião potiguar do Seridó. Sendo assim, em Natal, no mesmo período, 14 ILPIs (48,3% do total no RN) foram identificadas em funcionamento.

¹⁴ Valores estimados pelo IPEA.

Figura 12. Mapa da localização espacial das instituições de longa permanência para idosos por município, região Nordeste – 2007-2008.

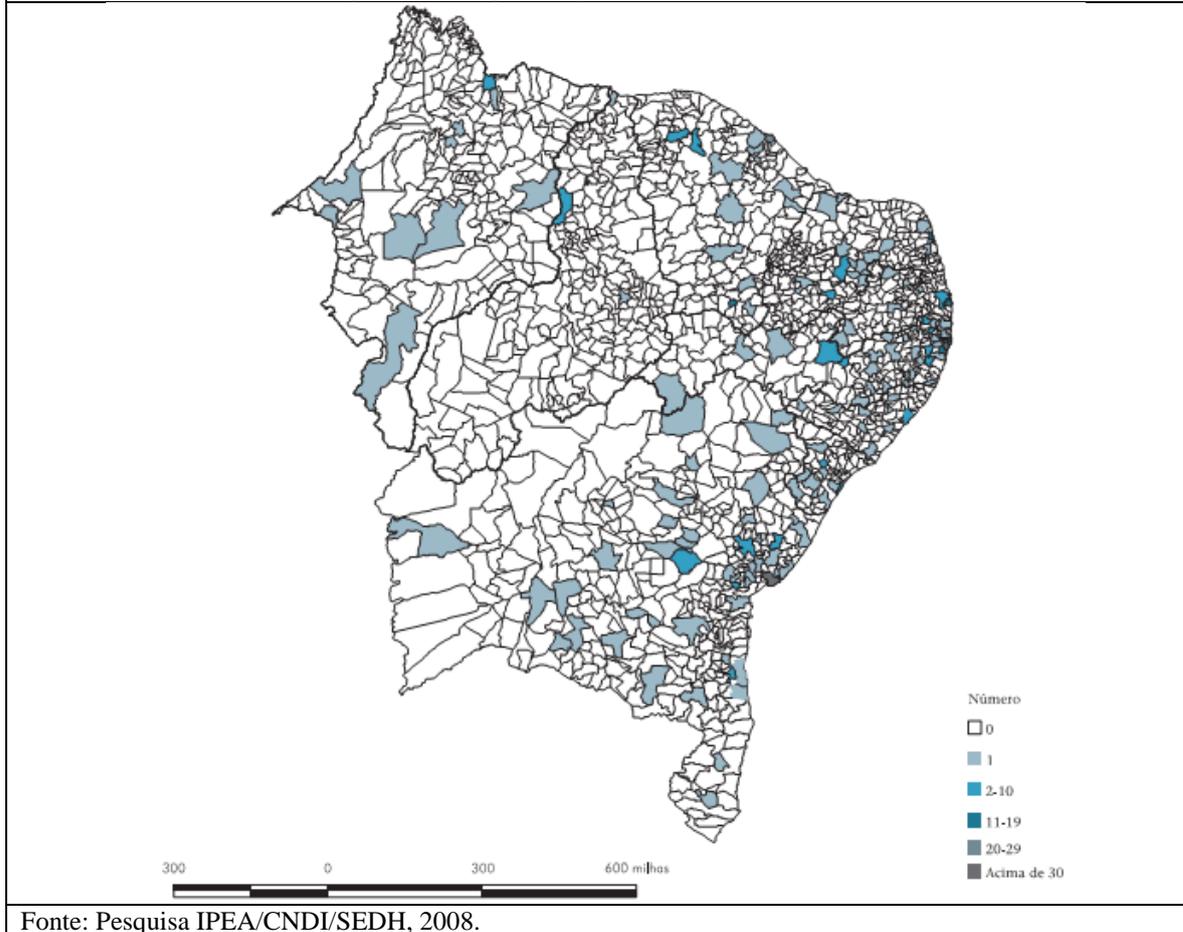
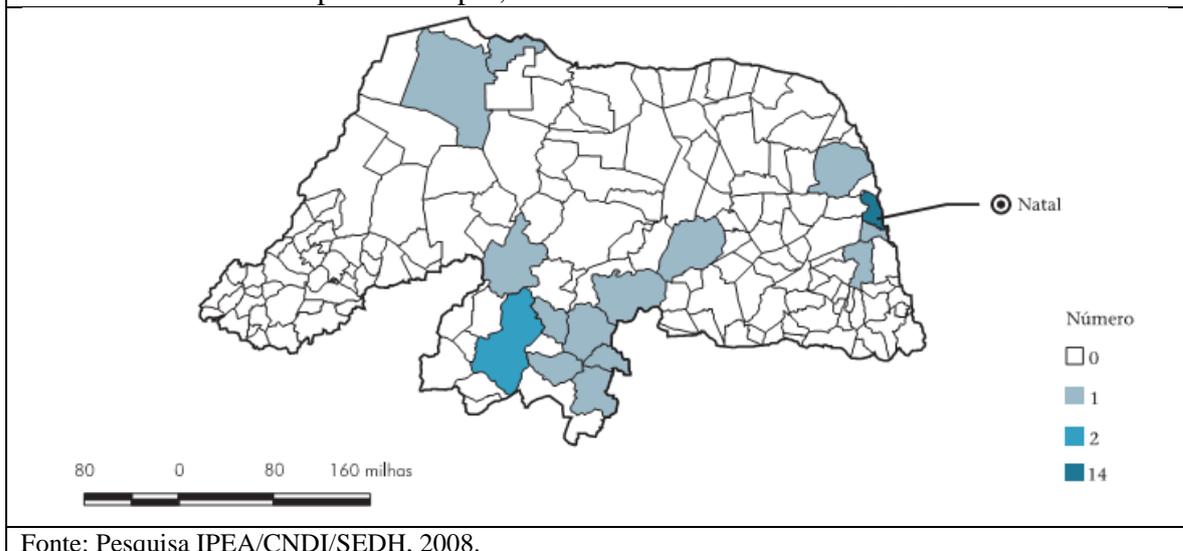


Figura 13. Mapa da localização espacial das instituições de longa permanência para idosos por município, Rio Grande do Norte – 2007-2008.



De acordo com a Tabela 4, observa-se que os recursos para a manutenção das ILPIs são específicos pela natureza da instituição, ou seja, as instituições privadas se mantêm

somente com as mensalidades, enquanto as filantrópicas se mantêm pela combinação de recursos das aposentadorias (variando de 30% a 70%) – quando o idoso é aposentado –, de convênios municipais, estaduais, federais e ou particulares, de doações e de reversões judiciais. Caso o idoso não seja aposentado, algumas instituições entram com o processo junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para requerer o benefício.

Ressalte-se que os convênios públicos têm finalidades de aplicação de recursos específicas: alguns devem ser gastos somente com pessoal (funcionários) e alguns somente com materiais e equipamentos. Os valores individuais são fixos, porém o montante total varia conforme a quantidade total de idosos assistidos e seu grau de dependência.

Tabela 4. Origem dos recursos para a manutenção das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Origem dos recursos para a manutenção da ILPI	Abs.	%
<i>Natureza: privada</i>		
Mensalidades	6	100,0
Total	6	(54,5 %)
<i>Natureza: filantrópica</i>		
Aposentadoria dos idosos (30-70%)	5	100,0
Doações	5	100,0
Convênio municipal	4	80,0
Reversão judicial	4	80,0
Convênio estadual	3	60,0
Assembleia de Deus	1	20,0
Parcerias com associações e comércio local	1	20,0
Total	5	(45,5 %)

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Questão de múltipla escolha.

Quanto à mensalidade paga às ILPIs de natureza privada, observa-se que em média, é de R\$ 2.816,70 (Tabela 5): metade das instituições têm mensalidade abaixo e metade tem acima de R\$ 3.200,00 (mediana). Ressalta-se que mesmo dentro das instituições de natureza privada os valores das mensalidades variam de acordo com o tipo de acomodação e do grau de dependência do idoso.

Quanto aos anos de funcionamento (Tabela 5), como já mencionado, as ILPIs de natureza privada são mais recentes, pelo fato de historicamente suas atribuições estarem associadas a entidades filantrópicas ou públicas, que também eram mais procuradas, de acordo com o IPEA (2011), devido à carência financeira e à falta de moradia. As ILPIs mais antigas no município são o Solar Residencial Geriátrico (de natureza privada) e o Instituto Juvino Barreto (de natureza filantrópica), com 12 anos e 68 anos de funcionamento, respectivamente).

Tabela 5. Médias e desvios padrão da mensalidade (R\$) e dos anos de funcionamento das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Média	Desvio padrão
Mensalidade (R\$)	Privada	R\$ 2.816,7	R\$ 594,7
Anos de funcionamento	Geral	18,2	19,7
	Privada	5,7	3,4
	Filantrópica	33,2	21,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Somente as ILPIs de natureza privada têm mensalidade.

Em relação ao número médio de anos vividos pelos idosos na instituição (Tabela 6), percebe-se que ele é maior nas ILPIs filantrópicas, provavelmente porque o idoso entra com menos idade nessas instituições – aumentando com isto seu tempo de permanência –, enquanto nas ILPIs privadas, ele chega com idade mais avançada e, geralmente, com algum comprometimento de suas capacidades funcionais, sendo assim, mais suscetível à mortalidade. O IPEA (2008) relata que as ILPIs privadas (com e sem fins lucrativos) têm como público-alvo os indivíduos em idade avançada, comprometidos física e / ou emocionalmente, os quais estão mais vulneráveis a carência financeira e /ou sem apoio familiar – seja por não terem família seja por estarem em conflito com ela. Adicionalmente, observa-se que os anos vividos são proporcionais ao tempo de funcionamento da ILPI, conseqüentemente vive-se mais nas filantrópicas.

Tabela 6. Anos médios de vivência do idoso na ILPI, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Média	Desvio padrão
Anos médios que o idoso vive na ILPI	Geral	5,8	3,2
	Privada	4,5	2,1
	Filantrópica	7,8	3,8

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 –UFRN.

No que diz respeito à quantidade de idosos totalmente dependentes dos cuidadores formais (Tabela 7), percebe-se que, apesar de as ILPIs filantrópicas concentrarem a maioria de idosos assistidos (62,5%), as ILPIs privadas concentram 47,9% (70 dos 146 idosos) de idosos totalmente dependentes de seus cuidadores formais, enquanto nas ILPIs filantrópicas esse percentual foi de 35,0% (85 dos 246 idosos). Como já foi dito, isso pode ser explicado pelo fato de os idosos iniciarem sua institucionalização nas ILPIs privadas em idade mais avançada, e conseqüentemente com algum nível de dependência, já presente ou se apresentando nos anos seguintes. Tal motivo foi mencionado pelo IPEA (2011), segundo o qual o ingresso do idoso nessas ILPIs relaciona-se a uma dependência física/mental mais elevada – o idoso considerado independente, geralmente, continua morando com seus familiares ou sozinho, tendo preservada sua autonomia. Igualmente, o Ipea identifica a

correlação entre a renda dos seus contratantes e o papel desempenhado pela ILPI, ou seja, a renda também determina a escolha da natureza da ILPI, se filantrópica ou privada.

A quantidade de cuidadores formais fixos (contratados) nas ILPIs é a combinação da quantidade de idosos com o seu grau de dependência. Ressalva-se que uma¹⁵ das instituições privadas não tem em seu quadro cuidadores formais, e sim, técnicos de enfermagem, que exercem as funções mais “leves” da função (administrar remédios e alimentação); caso sejam necessários cuidados mais específicos, a família contrata um cuidador particular para o idoso.

Quanto maior o grau de dependência dos idosos, maior será a quantidade de cuidadores formais. Além dos cuidadores formais, nas ILPIs de natureza privada, existe a presença dos cuidadores particulares, contratados pelos familiares para dar atenção exclusiva ao seu idoso. Considerando apenas os cuidadores contratados pelas ILPIs, em Natal, em média, cada cuidador é responsável por aproximadamente 3 idosos. Porém, esclarece-se que essa quantidade varia, pois quanto maior é a dependência do idoso, mais atenção ele necessita do profissional e, conseqüentemente, menor será a quantidade de idosos por cuidador; sendo assim, nas outras alas, o cuidador deverá ficar com uma maior quantidade de idosos. No RN, essa proporção, em 2008, era de aproximadamente 8 idosos por cuidador, considerando somente os cuidadores contratados ou cedidos (IPEA, 2008).

O total de idosos assistidos pelas instituições, em outubro de 2012, era de 389¹⁶, podendo variar mensalmente para mais ou para menos. Destaca-se que essa quantidade corresponde a apenas 0,46% do total de idosos de 60 anos e mais residentes em Natal (83.939). As instituições com maiores quantidades de idosos, coincidentemente, são as mais antigas – Solar Geriátrico e Instituto Juvino Barreto, com, respectivamente, 59 e 105 idosos.

Quanto ao sexo (Tabela 7), no momento da entrevista, a maioria dos idosos assistidos era do sexo feminino – 71,7% do total –, sendo que do total de mulheres (279) 61,6% estavam na faixa dos 80 anos e mais de idade (Tabela 8), fato parcialmente explicado pela reconhecida longevidade feminina. Ademais, destaca-se que duas¹⁷ das onze instituições – ambas filantrópicas –, apenas aceitam abrigar mulheres, o que influencia nas proporções por sexo. Resultados aproximados foram encontrados pela equipe de Ana Amélia Camarano (coordenação geral) na pesquisa do Ipea (2008) sobre características das instituições de longa

¹⁵ Paço das Palmeiras Residence Hotel Ltda. ME.

¹⁶Essa quantidade pode ser maior, pois não inclui os que estão nas instituições não regulamentadas. – que não foram objeto do estudo.

¹⁷ Lar Espírita da Vozinha (Associação Espírita Enviados por Jesus) e Bom Samaritano (Centro Integrado de Assistência Social da Igreja Evangélica Assembleia de Deus no RN – CIADE).

permanência para idosos na região Nordeste, realizada no período de 2007 a 2008. Segundo essa pesquisa, no estado do Rio Grande do Norte, 62,1% do total de idosos institucionalizados eram mulheres, sendo que, do total (484) de mulheres institucionalizadas, 53,7% se encontravam na faixa etária de 80 anos e mais.

Tabela 7. Quantidade de idosos assistidos por sexo e condição de dependência nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Abs.	%
<i>Número de idosos assistidos na ILPI</i>	<i>Geral</i>	389	100,0
	<i>Privada</i>	146	37,5
	<i>Filantrópica</i>	243	62,5
<i>Quantidade de idosos do sexo feminino assistidos na ILPI</i>	<i>Geral (% em relação ao total de idosos assistidos)</i>	279	71,7
	<i>Privada</i>	104	37,3
	<i>Filantrópica</i>	175	62,7
<i>Quantidade de idosos do sexo masculino assistidos na ILPI</i>	<i>Geral (% em relação ao total de idosos assistidos)</i>	110	28,3
	<i>Privada</i>	42	38,2
	<i>Filantrópica</i>	68	61,8
<i>Quantidade de idosos totalmente dependentes dos cuidadores formais na ILPI</i>	<i>Geral (% em relação ao total de idosos assistidos)</i>	155	39,8
	<i>Privada</i>	70	45,2
	<i>Filantrópica</i>	85	54,8
<i>Quantidade de cuidadores formais fixos da ILPI</i>	<i>Geral</i>	153	100,0
	<i>Privada</i>	78	51,0
	<i>Filantrópica</i>	75	49,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Em relação à idade, de acordo com a Tabela 8, o banco de dados é composto por 61,6% de idosos com idades acima de 80 anos nas ILPIs de natureza privada, descendendo esse valor para 51,9% quando se considera a ILPI de natureza filantrópica. Os idosos com idades entre 55 e 79 anos representam 38,4% nas ILPIs de natureza privada, percentual inferior ao verificado nas ILPIs de natureza filantrópica (48,1%). De uma forma geral, 44,2% dos idosos institucionalizados são mulheres com 80 anos e mais.

Assim, em termos gerais, é possível perceber que as ILPIs de natureza filantrópica apresentam um percentual de idosos mais jovens (55 a 79 anos) – em torno de 48,1% do total –, ao passo que nas ILPIs de natureza privada esse percentual foi de 38,4%. Evidencia-se que os idosos com idade inferior a 60 anos, em sua maioria, se encontravam em situação de vulnerabilidade social – internados através do S.O.S idoso municipal¹⁸, ou com algum nível de demência. Esse cenário corresponde aos achados da pesquisa do IPEA (2008) já

¹⁸ [...] o Programa SOS Idoso, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS) da Prefeitura de Natal-RN, que tem por objetivo funcionar como dispositivo de recebimento das denúncias relacionadas às situações de violação dos direitos do idoso, como episódios de maus-tratos, abandono e violência doméstica, buscando proteger e assegurar a qualidade de vida e bem-estar à pessoa idosa. [...] (MAIA et al, 2010, p.1)

mencionada.

Tabela 8. Faixa etária por sexo dos idosos assistidos nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Soma Total	%
<i>Total geral</i>			
Ambos os sexos		389	100,0
<i>Privada</i>		146	37,5
<i>Faixa etária: 55 a 79 anos</i>		56	38,4
<i>Faixa etária: 80 anos e mais</i>		90	61,6
<i>Filantrópica</i>		243	62,5
<i>Faixa etária: 55 a 79 anos</i>		117	48,1
<i>Faixa etária: 80 anos e mais</i>		126	51,9
<i>Faixa etária: 55 a 79 anos</i>			
Ambos os sexos		173	44,5
	<i>Geral</i>	56	32,4
<i>Privada</i>	<i>Masculino</i>	22	39,3
	<i>Feminino</i>	34	60,7
	<i>Geral</i>	117	67,6
<i>Filantrópica</i>	<i>Masculino</i>	44	37,6
	<i>Feminino</i>	73	62,4
	<i>Faixa etária: 80 anos e mais</i>		
Ambos os sexos		216	55,5
	<i>Geral</i>	90	41,7
<i>Privada</i>	<i>Masculino</i>	20	22,2
	<i>Feminino</i>	70	77,8
	<i>Geral</i>	126	58,3
<i>Filantrópica</i>	<i>Masculino</i>	24	19,0
	<i>Feminino</i>	102	81,0

Fonte: Pesquisa de campo: Instituições de Longa Permanência para Idosos: abandono ou uma necessidade familiar, UFRN, 2012.

Os resultados mencionados em relação à idade dos idosos são corroborados quando se analisam suas idades mínimas e máximas (Tabela H1, em anexo), e percebe-se que nas ILPIs filantrópicas os idosos são mais jovens, ao passo que nas ILPIs privadas a idade máxima é maior, significando que se encontram idosos mais velhos. Isto ocorre, principalmente, pelo fato de algumas famílias abastadas financeiramente considerarem a institucionalização como o último recurso, ficando o tempo máximo possível com o idoso. E nas ILPIs filantrópicas, em sua maioria os idosos estavam em condição de vulnerabilidade social, alguns inclusive resgatados pelo SOS idoso municipal, chegando à institucionalização em idade idosa mais jovem.

Por outro lado, nota-se que a natureza e a fonte de recursos de manutenção associam-se com o bairro de localização da ILPI. As ILPIs de natureza privada se localizam em áreas notadamente nobres e abastadas do município, enquanto as de natureza filantrópica se encontram em bairros mais populares, alguns apresentando população eminentemente em estado de vulnerabilidade social e econômica (Tabela H2, em anexo).

Os dados da Tabela 9 indicam que, o principal motivo para a institucionalização dos idosos tanto nas ILPIs privadas quanto nas ILPIs filantrópicas é a falta de tempo dos familiares para cuidar do idoso ou de sua saúde ou de lhe proporcionar uma boa qualidade de vida. Entretanto, tal motivo é mais frequentemente reportado por aqueles das ILPIs de natureza privada (87,5%) e com menos intensidade pelos residentes das instituições filantrópicas (41,7%). Nas ILPIs de natureza filantrópica, o segundo motivo mais mencionado foi o fato de o idoso “não ter laços familiares / solidão” (33,3%). Cabe salientar que nessas ILPIs, dentro dos motivos “outros”, consta “a violência contra o idoso”, caracterizando a vulnerabilidade dos idosos assistidos nessas instituições. Os motivos refletem os novos arranjos familiares, com quantidade cada vez menor de membros em sua composição, como também a maior participação da mulher – considerada historicamente como principal cuidadora familiar (informal) do idoso – no mercado de trabalho.

Tabela 9. Principal motivo, de acordo com os respondentes, para os idosos serem levados nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Principal motivo	Abs.	%
<i>Geral</i>		
Falta de tempo para cuidar do idoso ou de saúde ou de propiciar uma boa qualidade de vida.	12	60,0
Não ter laços familiares / Solidão	5	25,0
Outros	3	15,0
Total de citações	20	100,0
<i>Natureza: privada</i>		
Falta de tempo para cuidar do idoso ou de saúde ou de propiciar uma boa qualidade de vida.	7	87,5
Não ter laços familiares / Solidão	1	12,5
Total de citações	8	100,0
<i>Natureza: filantrópica</i>		
Falta de tempo para cuidar do idoso ou de saúde ou de propiciar uma boa qualidade de vida.	5	41,7
Não ter laços familiares / Solidão	4	33,3
Outros	3	25,0
Total de citações	12	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Questão de múltipla escolha.

O fato de ter capacidade intelectual ou qualificação técnica é o principal motivo para que os cuidadores sejam contratados pelas instituições privadas. Nas ILPIs de natureza filantrópica as principais qualificações destacadas foram: ter capacidade intelectual ou qualificação técnica, ter capacidade social de interação e ter capacidade emocional para exercer a função (Tabela 10).

Tabela 10. Principal qualificação exigida na contratação de cuidadores formais pelas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Principal qualificação	Abs.	%
<i>Geral</i>		
Ter capacidade intelectual / qualificação técnica	9	42,9
Ter experiência de trabalhar com idosos	5	23,8
Ter capacidade social de interação / emocional	6	28,6
Outros	1	4,8
Total de citações	21	100,0
<i>Natureza: privada</i>		
Ter capacidade intelectual / qualificação técnica	6	46,2
Ter experiência de trabalhar com idosos	4	30,8
Ter capacidade social de interação / emocional	3	23,1
Total de citações	13	100,0
<i>Natureza: filantrópica</i>		
Ter capacidade intelectual / qualificação técnica	3	37,5
Ter capacidade social de interação / emocional	3	37,5
Ter experiência de trabalhar com idosos	1	12,5
Outros	1	12,5
Total de citações	8	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Questão de múltipla escolha.

A quantidade de leitos disponíveis (ocupados + desocupados) nas ILPIs totaliza 402, sendo 70,9% disponíveis para idosos do sexo feminino (Tabela 11). É importante mencionar que nas ILPIs filantrópicas a capacidade total de leitos é flexível, de acordo com determinação judicial, tendo em vista que elas são obrigadas a gerar vagas para o idoso em condições de risco e ou vulnerabilidade social – o idoso é encaminhado para a instituição judicialmente.

Tabela 11. Quantidade de leitos disponíveis por sexo, nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Soma Total	Média	Desvio padrão
<i>Número de leitos disponíveis</i>	Geral	402	36,5	31,4
	<i>Privada</i>	158	26,3	19,4
	<i>Filantrópica</i>	244	48,8	40,6
<i>Número de leitos masculinos disponíveis</i>	Geral	116	10,5	12,9
	<i>Privada</i>	46	7,7	5,8
	<i>Filantrópica</i>	70	14,0	18,7
<i>Número de leitos femininos disponíveis</i>	Geral	285	25,9	20,1
	<i>Privada</i>	111	18,5	13,9
	<i>Filantrópica</i>	174	34,8	24,2

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Dos profissionais da área da saúde lotados nas ILPIs (Tabela H3, em anexo), a maioria são os que lidam direta e diariamente com os idosos – cuidadores e técnicos de enfermagem, profissionais estes que se fundem e confundem suas atribuições nas ILPIs. Os profissionais obrigatórios nas ILPIs, pela RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005, inciso IV, são:

[...] 4.6.1.1 - Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.

4.6.1.2 - Para os cuidados aos residentes:

b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;

c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;

4.6.1.3 - Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

4.6.1.4 - Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna ou fração por turno diariamente.

4.6.1.5 - Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

4.6.1.6 - Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

4.6.2 - A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

4.6.3 - A instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos. [...]

Com base na resolução, observou-se que todas as ILPIs pesquisadas atendem a tal determinação, oferecendo ainda outros profissionais (psiquiatras, endocrinologistas, psicólogos, farmacêuticos e geriatras). Ressalva-se que os serviços da limpeza, alimentação e lavanderia podem ser ter terceirizados, conforme inciso IV da citada RDC: [...] “4.5.6 - A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada. [...]”.

Dos serviços oferecidos pelas ILPIs aos idosos, moradia, alimentação (quatro refeições – café da manhã, almoço, janta e ceia + lanches), atividades de lazer, esporte e/ou cultural e confraternizações são elementos considerados básicos por elas. Salienta-se que duas ILPIs (uma privada e uma filantrópica) oferecem assistência médica ao idoso – paga pela instituição (Tabela H4, em anexo). Nas ILPIs de natureza privada, a maioria dos idosos tem plano de saúde privado.

Com relação ao período médio de adaptação dos idosos nas ILPIs, segundo os respondentes, ele é de aproximadamente 40 dias, porém é perceptível que nas ILPIs de natureza filantrópica essa adaptação se torna mais demorada – em média 53 dias (Tabela 12), provavelmente pelas motivações da institucionalização (Tabela 9).

O total de óbitos é diretamente proporcional aos anos de funcionamento e ao total de idosos assistidos. Em média, as instituições de natureza filantrópica apresentam maior média de óbitos por ILPI e maior média de óbitos por ano de funcionamento. Isto se deve principalmente à fragilidade, à debilidade funcional, emocional e nutricional, entre outras

condições de saúde física e mental, com que os idosos chegam a essas instituições (Tabela 12).

Tabela 12. Período médio de adaptação dos idosos (em dias) e Total de óbitos desde o início de funcionamento nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Soma Total	Média	Desvio padrão
<i>Período médio de adaptação dos idosos (em dias)</i>	<i>Geral</i>	-	39,6	25,9
	<i>Privada</i>	-	28,8	17,9
	<i>Filantrópica</i>	-	52,6	29,8
<i>Total de óbitos desde o início de funcionamento</i>	<i>Geral</i>	1433,0	130,3	213,3
	<i>Privada</i>	69,0	11,5	18,1
	<i>Filantrópica</i>	1364,0	272,8	258,3

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: ¹ A média de óbitos por ano por ILPI: Geral (4,1), Privada (1,6) e Filantrópica (7,1)

Segundo os respondentes, os idosos assistidos nas ILPIs se adaptam, após o impacto inicial de sua chegada, de forma espontânea nas ILPIs de natureza privada (100,0%), e de forma resignada (60,0%) nas ILPIs de natureza filantrópica. Essa diferença se deve novamente às motivações da institucionalização do idoso (Tabela 9). Ademais, nas de natureza privada, os idosos se internam, em sua maioria, conscientes de sua condição na instituição – do porquê de estarem na ILPI –, sendo que alguns se internam espontaneamente. Nas ILPIs de natureza filantrópica, muitos idosos estão internos porque não têm onde ficar (morar) – razão esta mencionada na Pesquisa IPEA (2011) –, e apenas se resignam à sua condição institucional (Tabela 13).

Tabela 13. Tipo de adaptação, após o impacto inicial da chegada à ILPI, dos idosos assistidos, de acordo com os respondentes, nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Tipo de adaptação	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Resignada	3	27,3	0	-	3	60,0
Espontânea	8	72,7	6	100,0	2	40,0
Total	11	100,0	6	100,0	5	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

4.2.2 Perfil sociodemográfico e econômico dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.

Na Tabela 14 evidenciam-se os resultados relacionados à análise descritiva da caracterização do perfil sociodemográfico e econômico do cuidador formal, segundo algumas variáveis socioeconômicas e demográficas selecionadas com base na revisão bibliográfica realizada neste estudo.

Quanto ao sexo, os cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN são predominantemente mulheres (84,8%) – tendência verificada historicamente, pois as mulheres se apresentavam como as principais cuidadoras dos idosos. Nas ILPIs privadas, esse percentual aumenta para 93,5%. Os cuidadores formais do sexo masculino, nas ILPIs de natureza filantrópica, representam 19,7% do total, um percentual mais elevado do que nas ILPIs privadas (6,5%). Isso pode se dever ao maior número de idosos nas instituições filantrópicas, conforme verificado nos resultados da pesquisa. Com efeito, nessas instituições necessita-se de mais cuidadores do sexo masculino para facilitar as transferências e atividades diárias de higiene dos idosos. A diferença dessa característica, segundo a natureza da ILPI, não se apresentou significativa ao nível de 5% (p -valor=0,095), porém se considerarmos 10% de significância, a diferença se torna relevante, simbolizando que em média existia uma quantidade maior de cuidadoras mulheres nas ILPIs de natureza filantrópica.

No que diz respeito ao grau de instrução ou escolaridade, predominam os cuidadores com ensino médio completo e mais (57,6%) (Tabela 14). De acordo com o Censo de 2010 (IBGE), em Natal, 36,3% da população possuía escolaridade de ensino médio completo e mais, considerando a faixa etária a partir dos 10 anos. Comparando-se esse dado com aqueles obtidos na pesquisa, verifica-se, de uma forma geral, um alto percentual de escolaridade entre os cuidadores nas ILPIs do município principalmente se ser contabilizado na idade dos 21 aos 68 anos (amplitude de idade dos cuidadores pesquisados), o que fará esse percentual diminuir. Os percentuais dos cuidadores com ensino médio completo e mais variaram de acordo com a natureza da ILPI, privada ou filantrópica, tendo sido apurados, respectivamente, 74,2% e 49,2%. A diferença entre os dois percentuais foi considerada significativa (5%), ou seja, em média existia uma maior quantidade de cuidadores com escolaridade de ensino médio completo e mais nas ILPIs privadas (Tabela 14). É importante destacar o alto percentual (50,8%) de escolaridade do ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto nas ILPIs filantrópicas, o que aponta para uma baixa escolaridade dos cuidadores formais nessas instituições. A respeito de estarem estudando ou não no momento da entrevista, os dados indicam que a grande maioria dos cuidadores (83,7%) não estava estudando, sem diferença significativa quanto à natureza da ILPI (p -valor=0,913).

Com relação à raça/cor, a Tabela 14 revela que a amostra está composta por 64,1% de cuidadores pardos, com modesta diferença entre os percentuais obtidos nas ILPIs privadas (61,3%) e nas filantrópicas (65,6%), porém sem significância (p -valor=0,913). Comparando esses percentuais com os dados do Censo Demográfico de 2010 – 49,8% (IBGE)

–, verificamos uma diferença média percentual de 13,9% das pessoas que se declararam pardas, fato que pode caracterizar uma predominância dessa raça/cor nesse tipo de atividade.

Quando se analisam os resultados referentes à renda familiar mensal dos respondentes, encontra-se que a quase totalidade da amostra (94,6%) foi composta por cuidadores cuja família tinha renda inferior a três (3) salários mínimos. Destaca-se que, em sua maioria, o provedor financeiro principal da família era o cuidador, cuja renda mensal girava em torno de um salário mínimo, sendo que o percentual mais alto se encontrou nas ILPIs filantrópicas (90,2%), provavelmente em virtude da baixa escolaridade e qualificação técnica. Observando-se os dados do Censo Demográfico de 2010, segundo o qual o percentual de domicílios permanentes com rendimento nominal mensal até 2 salários mínimos era de 37,3%, vemos que a condição de renda familiar desses cuidadores é bem inferior ao perfil global do município. Analisando-se a renda dos respondentes (Tabela 14), pela natureza das ILPIs, não se percebeu diferença significativa ao nível de 5%, porém, o p-valor (0,065) foi próximo ao valor descritivo considerado, significando que, se considerarmos o nível de significância de 10%, a renda familiar difere significativamente em relação à natureza das ILPIs, ou seja, em média existia uma maior quantidade de cuidadores de ILPIs filantrópicas com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos.

Ao serem indagados se o trabalho na ILPI era sua principal fonte de renda, 84,8% dos cuidadores responderam que sim. Tal resposta se apresentou significativa ao nível de 5% (p-valor=0,04), ou seja, a maioria dos entrevistados não tem outra fonte de renda a não ser seu trabalho como cuidador de idosos formal.

No que se refere à a situação conjugal dos cuidadores formais, os dados da Tabela 14 mostram que os unidos totalizam 56 (60,9%), sendo que os solteiros respondem por 31,5% do total, e cerca de 8% declararam-se alguma vez unidos. Quando se observa esse dado levando em conta a natureza da ILPI, o estado conjugal reflete o que ocorre no geral, sem diferença significativa (p-valor = 0,219). Entretanto, consideradas as instituições de ambas as categorias conjuntamente, a proporção de cuidadores em união é muito similar.

Quanto à religião, a maioria dos cuidadores formais se declarou católico (64,1%), percentual próximo aos obtidos no Censo Demográfico de 2010 (67,5%). Os percentuais, segundo a natureza das ILPIs, não apresentaram diferença significativa (p-valor = 0,886) (Tabela 14).

Tabela 14. Perfil socioeconômico dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Sexo</i>						
Masculino	14	15,2	2	6,5	12	19,7
Feminino	78	84,8	29	93,5	49	80,3
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,095</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 2,784</i>			
<i>Grau de instrução</i>						
Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio incompleto	39	42,4	8	25,8	31	50,8
Ensino Médio completo e mais	53	57,6	23	74,2	30	49,2
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,021</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 5,266</i>			
<i>Atualmente estuda?</i>						
Sim	15	16,3	6	19,4	9	14,8
Não	77	83,7	25	80,6	52	85,2
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,572</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 0,319</i>			
<i>Cor /Raça /Etnia</i>						
Branco (a)	17	18,5	6	19,4	11	18,0
Pardo (a)	59	64,1	19	61,3	40	65,6
Negro (a)	16	17,4	6	19,4	10	16,4
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,913</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2) => 0,182</i>			
<i>Renda familiar mensal</i>						
De 1 a 3 SM	87	94,6	29	93,5	58	95,1
Mais de 3 SM	5	5,4	2	6,5	3	4,9
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,065</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 5,465</i>			
<i>Seu trabalho na ILPI é sua principal fonte de renda?</i>						
Sim	78	84,8	23	74,2	55	90,2
Não	14	15,2	8	25,8	6	9,8
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,044</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 4,063</i>			
<i>Situação conjugal</i>						
Solteiro (a)	29	31,5	12	38,7	17	27,9
Casado (a) ou Unido (a) / Alguma vez Casado (a) ou Unido (a)	63	68,5	19	61,3	44	72,1
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,219</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2) => 1,511</i>			
<i>Religião</i>						
Católica	59	64,1	19	61,3	40	65,6
Protestante	21	22,8	8	25,8	13	21,3
Outras	12	13,0	4	12,9	8	13,1
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,886</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 0,241</i>			
Total	92	100,0	31	100,0	61	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: ¹ Na categoria: Alguma vez casado (a) ou Unido (a) estão incluídos os (as) separado (a) / divorciado (a) / viúvo (a);

² g.l. = significa graus de liberdade.

A idade média do cuidador formal de idosos nas ILPIs do município de Natal foi de 37,4 anos – variando de 21 a 68 anos de idade. Nas ILPIs filantrópicas, os cuidadores formais apresentam idades mais elevadas – em média 39,7 anos, cerca de 6,8 anos a mais do que nas entidades privadas. Nelas estavam os cuidadores mais velhos das instituições pesquisadas (Tabela 15), assertiva comprovada pelo p-valor do Teste T de Student (p-valor=0,02).

Em relação à quantidade de filhos vivos, os cuidadores têm em média 1,7 filho, sendo que nas ILPIs filantrópicas a média do número de filhos ascende para 2,1 filhos – valor considerado significativo pelo Teste Estatístico (p-valor=0,02).

Quanto ao tempo (em meses) de exercício da função, em média os cuidadores formais exercem essa função há 71,2 meses. Nas ILPIs filantrópicas, esse tempo se eleva para 83,8 meses, o que se explica, em parte, pela presença da maior e mais antiga instituição do município – Instituto Juvino Barreto –, que concentra os cuidadores mais experientes, fato corroborado pelo tempo máximo de exercício da função, 312 meses, e pelo p-valor do teste, 0,008 (Tabela 15).

Cada cuidador formal cuida em média de 21 idosos nas ILPIs. Cabe salientar que a quantidade nas ILPIs pode variar em virtude da estrutura física das alas e da distância entre elas, como também do grau de dependência dos idosos. Os cuidadores se ocupam de todos os idosos de sua ala. Salienta-se também, que nas ILPIs de natureza privada a quantidade de idosos é menor que nas filantrópicas e mais uniforme – diferença considerada significativa pelo p-valor do Teste (Tabela 15).

Tabela 15. Idade (em anos), Quantidade de filhos vivos, Tempo (em meses) de exercício da profissão e Quantidade de idosos que cuida na ILPI dos cuidadores formais das instituições de longa permanência para idosos, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Natureza	Média	Desvio padrão
<i>Idade</i>	Geral	37,4	9,9
	<i>Privada</i>	32,9	7,9
	<i>Filantrópica</i>	39,7	10,1
	<i>P-valor Teste T de Student</i>		0,002
<i>Quantidade de filhos vivos</i>	Geral	1,7	1,6
	<i>Privada</i>	1,0	1,2
	<i>Filantrópica</i>	2,1	1,7
	<i>P-valor Teste T de Student</i>		0,002
<i>Tempo (em meses) que é cuidador de idosos</i>	Geral	71,2	64,8
	<i>Privada</i>	46,3	35,4
	<i>Filantrópica</i>	83,8	72,6
	<i>P-valor Teste T de Student</i>		0,008
<i>Quantidade de idosos que cuida na ILPI</i>	Geral	21,1	8,4
	<i>Privada</i>	17,3	3,9
	<i>Filantrópica</i>	23,0	9,4
	<i>P-valor Teste T de Student</i>		0,001

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Entre as respostas sobre principais motivações para ser cuidador, chama atenção o alto percentual alcançado pelo item “ter afinidade ou gostar dos idosos”, não se verificando uma diferença significativa entre as ILPIs filantrópicas e privadas. Também os itens “necessidade financeira” ou “oportunidade de emprego que surgiu” foram marcados por uma fração expressiva de respondentes, ficando evidente que a necessidade de se manter e manter

a família ainda é fator determinante para o exercício de qualquer função, tendo em vista também, neste caso, a baixa escolaridade exigida (Tabela 16).

Tabela 16 Principal motivo da escolha da atividade por parte dos cuidadores formais das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012

Principal motivo	Abs.	%
<i>Geral</i>		
Ter afinidade/gostar dos idosos	71	67,6
Necessidade financeira /Oportunidade de emprego que surgiu	32	30,5
Outros	2	1,9
Total de citações	105	100,0
<i>Natureza: privada</i>		
Ter afinidade/gostar dos idosos	28	80,0
Necessidade financeira /Oportunidade de emprego que surgiu	7	20,0
Total de citações	35	100,0
<i>Natureza: filantrópica</i>		
Ter afinidade/gostar dos idosos	43	61,4
Necessidade financeira /Oportunidade de emprego que surgiu	25	35,7
Outros	2	2,9
Total de citações	70	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Questão de múltipla escolha.

A grande maioria dos respondentes declarou estarem “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” (92,4%) com a tarefa de ser cuidador de idosos, não tendo havido variação significativa desse percentual em relação à natureza da ILPI (p-valor=0,717). Entretanto, é importante mencionar que a insatisfação reportada pelos cuidadores nas ILPIs filantrópicas (6,6%) é quase o dobro daquela declarada pelos cuidadores das ILPIs privadas (3,2%). Isto pode se dever a possíveis atrasos no pagamento dos salários, mencionados no momento da entrevista – fato que influenciou significativamente a resposta (Tabela 17).

Quando se analisam os resultados referentes ao vínculo empregatício dos respondentes, encontra-se que a quase totalidade (97,8%) dos cuidadores formais têm vínculo empregatício com carteira assinada, sendo que em média, ao nível de 5% de significância estatística, as ILPIs filantrópicas têm a maior quantidade de cuidadores com vínculo empregatício, p-valor= 0,045 (Tabela 17).

O curso específico para ser cuidador de idosos foi realizado por 68,5% dos cuidadores formais das ILPIs, verificando-se um percentual maior nas ILPIs filantrópicas (75,4%) - p-valor = 0,045, fato que comprova maior capacitação dos cuidadores das ILPIs filantrópicas contrastando com sua baixa escolaridade. Menciona-se que, apesar de apenas 54,8% dos cuidadores formais das ILPIs privadas terem feito o curso, o percentual pode ser bem maior se forem considerados outros cursos relacionados à saúde, como auxiliar e técnico

de enfermagem, que já incluem a forma de proceder com o idoso – nem sempre os cuidadores que os possuem consideram necessário também fazer o curso de cuidador (capacitação).

Quanto à jornada de trabalho, 76,1% dos cuidadores formais trabalham 12 horas diárias. O percentual obtido entre aqueles que trabalham nas ILPIs filantrópicas ascende para 96,7% (Tabela 17), valor bem superior e estatisticamente significativo (p-valor=0,000), ao encontrado entre os cuidadores das ILPIs de natureza privada (35,5%). Ressalta-se que todos os cuidadores formais do turno noturno trabalham em regime de 12 horas diárias seguidas de folga (descanso) de 36 horas.

Com relação a pensar em deixar a profissão, a maioria dos cuidadores formais declarou que não pensa em deixar de exercer tal tarefa (80,4%). Em que pese essa maioria, há de se ressaltar que 19,6% dos entrevistados pensavam de deixar de ser cuidador no momento da pesquisa; percentual ligeiramente superior foi obtido entre aqueles que trabalham nas instituições privadas (22,6%) do que entre os que trabalham nas filantrópicas (18,0%), conforme resultados mostrados na Tabela 17, sendo esta diferença sem significância estatística – o nível de 5% (p-valor=0,603).

Tabela 17. Grau de satisfação em ser cuidador de idosos na ILPI, Vínculo empregatício com a ILPI, Identificação se fez curso para ser cuidador de idosos, Carga horária mensal e a Identificação se o cuidador pensa em deixar a ocupação, nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Grau de satisfação em ser cuidador de idosos na ILPI</i>						
Muito insatisfeito (a) / Insatisfeito (a)	5	5,4	1	3,2	4	6,6
Muito satisfeito (a) / Satisfeito (a)	85	92,4	29	93,5	56	91,8
Indiferente / Não respondeu	2	2,2	1	3,2	1	1,6
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,717</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2) => 0,665</i>			
<i>Vínculo empregatício com a ILPI</i>						
Carteira assinada	90	97,8	29	93,5	61	100,0
Outros	2	2,2	2	6,5	0	-
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,045</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 4,023</i>			
<i>Fez curso para ser cuidador de idosos?</i>						
Sim	63	68,5	17	54,8	46	75,4
Não	29	31,5	14	45,2	15	24,6
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,045</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 4,030</i>			
<i>Carga horária mensal</i>						
6 horas diárias	17	18,5	15	48,4	2	3,3
12 horas diárias	70	76,1	11	35,5	59	96,7
40 a 48 horas semanais	5	5,4	5	16,1	0	-
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,000</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2) => 42,603</i>			
<i>Pensa em deixar de ser cuidador de idosos?</i>						
Sim	18	19,6	7	22,6	11	18,0
Não	74	80,4	24	77,4	50	82,0
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,603</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 0,270</i>			
Total	92	100,0	31	100,0	61	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: g.l. significa graus de liberdade.

4.2.3 Fatores relacionados à pretensão de deixar de ser cuidador de idosos institucionalizados.

A Tabela 18 apresenta a análise descritiva da variável “pretensão de deixar de ser cuidador”, desagregando-se segundo algumas variáveis socioeconômicas e demográficas selecionadas. Apesar dos resultados percentuais anteriores não se mostrarem significativos (Tabela 17), a pretensão de deixar de ser cuidador de idosos nas ILPIs pode refletir, entre outras razões, a sobrecarga física e/ou emocional dessa ocupação, a insatisfação com o emprego e/ou ocupação e um desejo de melhoria de rendimento.

Os resultados mostram associação do sexo com a pretensão de deixar de ser cuidador (p -valor=0,017), revelando que a pretensão de deixar de ser cuidador é preponderante nos homens (42,9%).

Quanto ao grau de instrução ou escolaridade, não houve diferença significativa (p -valor =0,386) na motivação de deixar de ser cuidador entre aqueles que possuem ensino médio ou superior (22,6%) e aqueles com menor grau de instrução (15,6%). Também não se detectou associação (p -valor =0,142) dessa variável entre os que estudam (33,3%) e os que não estudam (16,9%), nem com relação a cor/raça (p -valor =0,640).

Os percentuais de cuidadores que demonstraram intenção de deixar a profissão não diferiram significativamente com relação à renda familiar mensal declarada (p -valor =0,980), nem mesmo com relação àqueles que declararam ser a ILPI sua fonte de renda principal (p -valor =0,203). Embora entre os casados ou alguma vez casados 23,8% tenham manifestado intenção de deixar a profissão e entre os solteiros apenas 10,3%, essa diferença não foi significativa (p -valor =0,130).

Quanto à religião, os percentuais de cuidadores que pensam em deixar de exercer essa atividade diferiram significativamente (p -valor =0,035): entre os protestantes, 28,6% dos cuidadores formais pensam em deixar a ocupação, ao passo que, entre os católicos, apenas 18,6% e, entre os que professam outras religiões, 8,3% (Tabela 18).

Tabela 18. Condições sociodemográficas e econômicas dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a pretensão de deixar a atividade, 2012

Variável	Geral		Sim, penso em deixar de ser cuidador (a)		Não penso em deixar de ser cuidador (a)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Sexo</i>						
Masculino	14	15,2	6	42,9	8	57,1
Feminino	78	84,8	12	15,4	66	84,6
<i>Teste Qui-quadrado de Pearson</i>	<i>P-valor =0,017</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=> 5,692</i>			
<i>Grau de instrução</i>						
Ensino Fundamental incompleto a	39	42,4	6	15,4	33	84,6
Ensino Médio incompleto						
Ensino Médio completo e mais	53	57,6	12	22,6	41	77,4
<i>Teste Qui-quadrado de Pearson</i>	<i>P-valor =0,386</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=>0,752</i>			
<i>Atualmente estuda?</i>						
Sim	15	16,3	5	33,3	10	66,7
Não	77	83,7	13	16,9	64	83,1
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,142</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=>2,159</i>			
<i>Cor /Raça /Etnia</i>						
Branco (a)	17	18,5	2	11,8	15	88,2
Pardo (a)	59	64,1	13	22,0	46	78,0
Negro (a)	16	17,4	3	18,8	13	81,3
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,640</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=>0,892</i>			
<i>Renda familiar mensal</i>						
De 1 a 3 SM	87	94,6	17	19,5	70	80,5
Mais de 3 SM	5	5,4	1	20,0	4	80,0
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,980</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=>0,001</i>			
<i>Seu trabalho na ILPI é sua principal fonte de renda?</i>						
Sim	78	84,8	17	21,8	61	78,2
Não	14	15,2	1	7,1	13	92,9
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,203</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=>1,620</i>			
<i>Situação conjugal</i>						
Solteiro (a)	29	31,5	3	10,3	26	89,7
Casado (a) ou Unido (a) / Alguma vez Casado (a) ou Unido (a)	63	68,5	15	23,8	48	76,2
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,130</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1)=>2,288</i>			
<i>Religião</i>						
Católica	59	64,1	11	18,6	48	81,4
Protestante	21	22,8	6	28,6	15	71,4
Outras	12	13,0	1	8,3	11	91,7
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,035</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2)=>2,076</i>			
Total	92	100,0	31	33,7	61	66,3

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: g.l. significa graus de liberdade

Os cuidadores que pensam em deixar de exercer essa atividade apresentaram média de idade menor (34,5 anos), provavelmente por terem maiores aspirações em relação a trabalho, família e futuro, entre outros, e em média possuem 1,89 filho. A média do tempo de exercício da função (em meses) foi menor entre os cuidadores que pensam em deixar a ocupação, enquanto a média do número de idosos foi um pouco maior (21,8 idosos).

Na tentativa de identificar fatores associados à pretensão de deixar de ser cuidador de idosos, realizaram-se regressões logísticas (Tabela 19). O modelo final ajustado mostra que as variáveis Sexo, Estado conjugal, Fez curso de cuidador? e a Limitação por aspectos físicos

apresentaram associação significativa com o fato de os cuidadores pretenderem deixar de exercer essa função. As variáveis Sexo e Limitação por aspectos físicos apresentaram associação negativa com a variável-resposta, corroborando as análises anteriores que apontavam uma maior propensão dos homens a manifestar esse desejo, ou seja, a chance de pensar em deixar de ser cuidador é 4,8 (1 / 0,21) vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. A limitação por aspectos físicos é um dos fatores que contribui para a desmotivação em continuar como cuidador. Por outro lado, as variáveis Estado conjugal e Fez curso de cuidador? apresentaram associação positiva – ambas se relacionam de forma direta com a pretensão de deixar de ser cuidador. Nesse sentido, não ser solteiro ou ter o curso de cuidador aumenta as chances de pensar em deixar a ocupação de cuidador de idosos, em respectivamente, 7,24 e 4,03 vezes.

Tabela 19. Modelo final da Regressão Logística.
Variável-resposta: Pretensão de deixar de ser cuidador de idosos?

Variável	B	Erro Padrão	Estatística de Wald	g.l.	P-valor	Razão de chances (odds ratio)	Intervalo de confiança (Odds ratio)	
							Inferior	Superior
Sexo (Ref.: Masculino (1))	-1,58	0,65	5,96	1	0,02	0,21	0,06	0,73
Estado conjugal (Ref.: Solteiro (1))	1,98	0,79	6,28	1	0,01	7,24	1,54	34,11
Fez curso de cuidador? (Ref.: Não (1))	1,40	0,65	4,55	1	0,03	4,03	1,12	14,54
Domínio 2: Limitação por aspectos físicos (variável numérica)	-0,03	0,01	11,44	1	0,00	0,97	0,96	0,99
Estatística do Teste qui-quadrado						11,325		
P-valor						0,045		
-2 Log likelihood						70,397		

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Somente as variáveis significantes do teste qui-quadrado de associação participaram do modelo inicial. Elas foram: Sexo, Se estuda, Estado conjugal, Quantidade de idosos que cuida, Se fez curso de cuidador e os domínios 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8.

4.2.4 Avaliação da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.

Levando-se em conta os resultados provenientes da aplicação do questionário SF-36 (Anexo C), a Tabela 20 mostra a percepção do estado de saúde em geral dos cuidadores formais de idosos, desagregando por natureza da ILPI. Também na Tabela 20 são apresentados os resultados da comparação entre o estado de saúde no momento da pesquisa (atual) e o de um ano atrás dos cuidadores formais de idosos, por natureza da ILPI.

Em linhas gerais, a maioria dos cuidadores formais considerou seu estado de saúde geral “bom” (73,9%). Os maiores percentuais foram observados entre aqueles que

trabalham nas ILPIs filantrópicas (75,4%). O percentual observado entre os cuidadores das ILPIs privadas (71,0%) foi um pouco mais baixo, mas sem significância estatística (p-valor=0,851). Entre aqueles cuidadores que declararam seu estado de saúde “muito bom /excelente”, o percentual foi de 19,4% e 14,8%, respectivamente, nas instituições privadas e filantrópicas; entre aqueles que declararam seu estado de saúde “ruim”, não se percebeu diferença significativa quanto à natureza da ILPI.

Comparando-se o estado de saúde em geral de um ano atrás com o atual, a maioria (52,2 %) dos cuidadores formais considerou “quase sempre o mesmo”, sendo esse percentual mais elevado entre os cuidadores formais das ILPIs filantrópicas (59,0%), comprovado através do p-valor (0,002) do teste Qui-quadrado. Os fatores associados a tal percentual não foram apurados, para isso seria necessária uma investigação mais aprofundada. Ademais, nessas ILPIs, o percentual dos cuidadores formais que reportam seu estado de saúde atual “um pouco pior” a “pior” do que o de um ano atrás é de 23,0% (Tabela 20).

Por outro lado, a maioria (51,6%) dos cuidadores formais das ILPI privadas considerou de “muito melhor” a “um pouco melhor” seu estado de saúde de um ano atrás comparado com o atual. É significativo destacar a pequena fração de cuidadores que, no momento da entrevista, declarou “um pouco pior” a “pior” seu estado de saúde atual quando comparado ao de um ano atrás: apenas 6,5% do total. Esse valor é significativamente inferior (p-valor=0,002) ao obtido entre os cuidadores das instituições filantrópicas (23,0%), ou seja, a percepção dos cuidadores das ILPIs filantrópicas, em relação a sua condição de saúde atual comparada com a de um ano atrás, pode ser considerada pessimista.

Tabela 20. Avaliação do estado de saúde em geral e a comparação do estado de saúde em geral atual com o de um ano atrás, dos cuidadores formais de idosos das instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Avaliação do estado de saúde em geral</i>						
Excelente / Muito bom	15	16,3	6	19,4	9	14,8
Bom	68	73,9	22	71,0	46	75,4
Ruim	9	9,8	3	9,7	6	9,8
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,851</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2)=> 0,322</i>			
<i>Comparação do estado de saúde em geral de um ano atrás com o atual</i>						
Muito melhor / Um pouco melhor	27	29,3	16	51,6	11	18,0
Quase sempre a mesmo	48	52,2	12	38,7	36	59,0
Um pouco pior / Muito pior	16	17,4	2	6,5	14	23,0
NR/NS	1	1,1	1	3,2	0	-
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor =0,002</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=2)=> 12,858</i>			
Total	92	100,0	31	100,0	61	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Vale destacar que o questionário validado SF-36 avalia aspectos da qualidade de vida do indivíduo que estão diretamente relacionados com sua saúde física e mental. É composto por 36 questões contendo aspectos multidimensionais. Esse questionário engloba oito escalas (componentes ou domínios), quais sejam: domínio 1 (Capacidade funcional); domínio 2 (Limitação por aspectos físicos); domínio 3 (Dor); domínio 4 (Estado geral de saúde); domínio 5 (Vitalidade); domínio 6 (Aspectos sociais); domínio 7 (Limitação por aspectos emocionais); domínio 8 (Saúde mental).

Os resultados obtidos para cada um dos domínios considerados estão apresentados na Tabela 20. Cada um dos domínios apresentou, em média, valores altos (próximos a 100), em torno de 85, sem diferença significativa quanto à natureza das instituições consideradas, fato comprovado pelos p-valores obtidos. Nesse sentido, pode-se concluir que os domínios relativos à qualidade de vida dos cuidadores formais, em média, não diferem significativamente quanto à natureza das ILPIs. Porém os domínios 1, 2 e 6 apresentaram desvios padrão maiores nas ILPIs filantrópicas, significando maiores variabilidades nas respostas.

Os histogramas (Figura I1, em anexo) permitem visualizar a distribuição de cada domínio por natureza da ILPI, sua variabilidade, amplitude e concentração em valores maiores ou menores. Considerando o domínio 1 (Capacidade funcional), observou-se que as ILPIs filantrópicas apresentaram valores médios mais elevados quando comparados às instituições privadas, com maior variabilidade e amplitude – porém sem significância estatística ($p\text{-valor}=0,314$). Entretanto, para o domínio 5 (Vitalidade) existia uma maior variabilidade nos valores das ILPIs filantrópicas.

Os domínios que apresentaram os menores valores médios foram Estado geral de saúde e Vitalidade, porém sem significância estatística desagregando-se em relação à natureza das ILPIs. Ressalva-se que os domínios com piores desempenhos médios foram os relacionados tanto com o aspecto físico da qualidade de vida do cuidador – Estado geral de saúde –, quanto com o aspecto mental – Vitalidade.

Os domínios que mostraram valores médios intermediários globais foram Dor (67,8) e Saúde mental (78,8).

De forma a comprovar a falta de significância da diferença dos valores obtidos nos domínios da qualidade de vida quanto à natureza da ILPI, aplicou-se o teste U de Mann Whitney (Tabela 21). Pelos p-valores dos testes, observa-se que, em média, não existe diferença significativa nos domínios da qualidade de vida quanto à natureza da ILPI.

Tabela 21. Médias, desvios padrão e p-valores do teste U de Mann Whitney para os domínios dos aspectos da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Domínio	p-valor	Média		Desvio padrão	
		Filantrópica	Privada	Filantrópica	Privada
<i>Domínio 1: Capacidade funcional</i>	0,314	87,5	86,3	18,8	13,5
<i>Domínio 2: Limitação por aspectos físicos</i>	0,353	88,1	84,7	25,3	24,7
<i>Domínio 3: Dor</i>	0,671	68,2	67,1	24,6	24,2
<i>Domínio 4: Estado geral de saúde</i>	0,113	52,0	58,5	16,0	14,6
<i>Domínio 5: Vitalidade</i>	0,480	61,3	60,2	12,2	10,4
<i>Domínio 6: Aspectos sociais</i>	0,119	85,9	82,7	21,7	18,2
<i>Domínio 7: Limitação por aspectos emocionais</i>	0,566	85,2	78,5	28,9	37,1
<i>Domínio 8: Saúde mental</i>	0,779	79,0	78,6	19,2	17,9

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

O questionário validado SF-36 ainda permite analisar a qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos em dois grandes aspectos: o físico e mental. O aspecto físico envolve a capacidade funcional, a dor, o estado geral da saúde, a limitação por aspectos físicos, enquanto o aspecto mental envolve a vitalidade, os aspectos sociais, a limitação por aspectos emocionais, a saúde mental. Os aspectos físicos e mentais da qualidade de vida dos cuidadores formais foram calculados a partir das médias dos domínios 1, 2, 3 e 4 e dos domínios 5, 6, 7 e 8 respectivamente. Em seguida, realizou-se o teste U de Mann Whitney para identificar diferenças significativas quanto às médias dos valores dos aspectos em relação à natureza das ILPIs. Pelos p-valores apresentados na Tabela 22 observou-se que as médias dos aspectos não diferiram significativamente quanto à natureza das ILPIs, ou seja, as médias dos aspectos são estatisticamente iguais independentemente da natureza da ILPI.

Tabela 22. Médias, desvios padrão e p-valores do Teste U de Mann Whitney dos aspectos: físicos e mentais da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Variável	p-valor	Média			Desvio padrão		
		Geral	Filantrópica	Privada	Geral	Filantrópica	Privada
<i>Aspecto físico</i>	0,671	74,0	74,0	74,1	16,4	13,5	
<i>Aspecto mental</i>	0,368	76,9	77,8	75,0	16,1	16,9	

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Com o intuito de identificar um possível relacionamento entre as variáveis Aspectos Físicos e Aspectos Mentais da qualidade de vida do cuidador formal de idosos institucionalizado, calculou-se o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. O resultado mostrou uma correlação linear direta moderada significativa (p-valor=0,000) de 0,51, portanto, os Aspectos Físicos e Mentais podem variar conjuntamente em 51,0%.

Objetivando verificar a existência de diferença significativa entre as médias dos valores dos domínios da qualidade de vida do cuidador formal quanto a pretensão de deixar de ser cuidador realizaram-se Testes de comparação de média U de Mann Whitney (Tabela 23).

Pelos resultados dos p-valores observou-se que os domínios Limitação por aspectos físicos, Vitalidade, Aspectos sociais, Limitação por aspectos emocionais e Saúde mental foram significativos ao nível de 5%. Isso indica que, em média, os cuidadores que pensam em deixar a ocupação apresentaram domínios de qualidade de vida mais baixos do que os que não pensam.

Tabela 23. Médias, desvios padrão e p-valores do Teste U de Mann Whitney para os domínios dos aspectos da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, segundo a pretensão de deixar de ser cuidador.

Domínio	P-valor	Média		Desvio padrão	
		Sim, penso em deixar de ser cuidador (a)	Não penso em deixar de ser cuidador (a)	Sim, penso em deixar de ser cuidador (a)	Não penso em deixar de ser cuidador (a)
<i>Domínio 1: Capacidade funcional</i>	0,275	78,9	89,1	26,0	13,7
<i>Domínio 2: Limitação por aspectos físicos</i>	0,012	69,4	91,2	34,9	20,0
<i>Domínio 3: Dor</i>	0,056	56,5	70,6	27,8	22,7
<i>Domínio 4: Estado geral de saúde</i>	0,123	48,5	55,6	20,2	14,3
<i>Domínio 5: Vitalidade</i>	0,001	51,9	63,1	13,8	9,9
<i>Domínio 6: Aspectos sociais</i>	0,002	71,5	88,0	23,4	18,6
<i>Domínio 7: Limitação por aspectos emocionais</i>	0,048	64,8	87,4	42,0	27,4
<i>Domínio 8: Saúde mental</i>	0,001	64,9	82,2	21,0	16,5

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

4.2.5 Percepção do cuidador formal do grau de dependência do idoso institucionalizado nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.

Com base no questionário Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Índice de Katz, foram calculados escores que determinam o grau de dependência do idoso, pela visão de seu cuidador formal. Os resultados apurados identificaram que mais da metade (54,3%) dos idosos selecionados eram orientados suficientemente para responder a um questionário estruturado simples, de acordo com a opinião de seus cuidadores formais. Nos resultados da avaliação dos cuidadores formais das instituições filantrópicas houve um maior percentual de idosos que exercem suas atividades básicas de vida diárias de forma independente (59,0%). Nas ILPIs privadas somente 45,2% dos idosos selecionados foram considerados independentes por seus cuidadores.

Por outro lado, é significativo perceber que somente 41,0% dos idosos selecionados das ILPIs filantrópicas, considerados por seus cuidadores aptos a responder um questionário, apresentam algum grau de dependência. Isto pode se dever provavelmente ao maior percentual geral de idosos totalmente dependentes de seus cuidadores nas ILPIs filantrópicas (54,8%) – ver Tabela 7 –, conseqüentemente em muitos casos, sem capacidade

cognitiva para responder a questionários, restando os que têm um grau menor de dependência para respondê-los, fato este perceptível por seu cuidador formal. Porém ao se agrupar os níveis de dependência – *parcial e importante* –, e realizarmos o teste Qui-quadrado de associação de Pearson, comparando-o com o grau *independência*, não se verificou diferença significativa quanto à natureza da ILPI, ou seja, o grau de dependência reportado pelos cuidadores de idosos selecionados não está relacionado com a natureza da ILPI.

Tabela 24. Grau de dependência de um idoso considerado orientado por seu cuidador formal, na visão do cuidador formal do idoso institucionalizado, segundo a natureza da ILPI, 2012.

Grau de dependência	Total		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Independência	50	54,3	14	45,2	36	59,0
Dependência parcial	17	18,5	9	29,0	8	13,1
Dependência importante	25	27,2	8	25,8	17	27,9
Total	92	100,0	31	100,0	61	100,0
<i>Teste Qui-quadrado</i>	<i>P-valor = 0,207</i>		<i>Estatística do teste (g.l.=1) => 1,590</i>			

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

4.2.6 Rastreamento de violência contra os idosos institucionalizados nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN.

O instrumento de pesquisa CASE, segundo Guevedo (2011), identifica uma possível tendência à violência por parte do cuidador, seja física, psicossocial, financeira e ou negligência. Esse instrumento rastreia a possível tendência ao fato, de forma a submeter posteriormente a uma abordagem mais ampla e aprofundada, com base nos sinais e sintomas clínicos do que foi detectado. Destaca-se, porém, que esse instrumento não foi validado para a população idosa institucionalizada.

Pela Tabela 25, observou-se que, a maioria (89,1%) dos cuidadores formais das ILPIs podia ser considerada “*sem risco*” quanto à violência contra o idoso, sendo o percentual um pouco maior (90,3%) nas ILPIs de natureza privada. Não se detectou diferença significativa entre instituições privadas e filantrópicas (valor-p=0,549), embora o maior percentual de risco perpetrado de violência tenha sido apresentado nas filantrópicas – aproximadamente 11,5%. Tal valor indica somente uma tendência, sendo necessária uma avaliação mais aprofundada, com profissionais adequados, para identificar a veracidade ou a possibilidade de um agravamento.

Tabela 25. Rastreamento de violência contra o idoso institucionalizado nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo a natureza da ILPI.

Resultado	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sem risco	82	89,1	28	90,3	54	88,5
Risco perpetrado de violência	10	10,9	3	9,7	7	11,5
Total	92	100,0	31	100,0	61	100,0

Teste Exato de Fisher *P-valor = 0,549*

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Na Tabela 26, observa-se o modelo logístico final ajustado, para identificar variáveis associadas ao Risco perpetrado de violência contra o idoso institucionalizado. Detectou-se significância na Escolaridade e no Estado geral de saúde. A escolaridade de ensino médio completo/superior associou-se em 7,70 vezes a presença de risco perpetrado de violência contra o idoso institucionalizado em relação àqueles com menor grau de escolaridade. Salienta-se que este resultado pode estar influenciado pela pequena quantidade de cuidadores que apresentaram tendência ao risco. Por outro lado, o Estado Geral de saúde apresentou associação negativa com a variável-resposta, ou seja, quanto mais baixo o estado de saúde do cuidador, maior chance de apresentar o risco perpetrado de violência.

Tabela 26. Modelo final da Regressão logística.

Variável-resposta: Risco perpetrado de violência contra o idoso institucionalizado por parte de seu cuidador formal.

Variável	B	Erro Padrão	Estatística de Wald	g.l.	P-valor	Razão de chances (odds ratio)	Intervalo de confiança (Odds ratio)	
							Inferior	Superior
Escolaridade (Ref.: Ensino fund. incompleto a Médio incompleto (1))	2,04	0,87	5,51	1	0,019	7,69	1,40	42,26
Domínio 4: Estado geral de saúde (variável numérica)	0,05	0,01	12,30	1	0,000	1,05	1,022	1,079
Teste Qui-quadrado					6,774			
P-valor					0,561			
-2 Log likelihood					54,943			

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota: Somente as variáveis significantes do teste Qui-quadrado de associação participaram do modelo inicial. Foram elas: Natureza, Sexo, Escolaridade, Se atualmente estuda, Renda familiar, Estado conjugal, Religião, Grau de Satisfação em trabalhar como cuidador, Quantidade de idosos que cuida, Se fez curso de cuidador, Pretensão de deixar de ser cuidador de idosos, Etnia/Cor/Raça, e Domínio 6.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou caracterizar o perfil social, demográfico e econômico do cuidador formal de idosos institucionalizados nas ILPIs do município de Natal/RN, em 2012. Ademais, pretendeu-se: a) analisar o envelhecimento populacional no município por bairro, identificando áreas homogêneas; b) caracterizar as ILPIs do município; c) quantificar o nível de qualidade de vida do cuidador formal de idosos do município; d) classificar o grau de dependência do idoso institucionalizado pela visão de seu cuidador formal; e) rastrear violência contra o idoso institucionalizado por parte de seu cuidador formal. Para cumprir os objetivos, foram construídos dois questionários e selecionados mais três (estruturados e validados), sendo os mesmos aplicados em forma de entrevistas pessoais face a face com 92 cuidadores formais de idosos selecionados aleatoriamente (erro amostral de 6,6%) nas ILPIs do município, compreendendo homens e mulheres entre 21 e 68 anos de idade, coletados no período entre 1º de outubro e 30 de novembro de 2012.

Na análise do processo de envelhecimento populacional no município de Natal/RN, áreas homogêneas foram identificadas a partir dos cálculos dos indicadores selecionados nos bairros. Os resultados demonstraram um processo de envelhecimento acelerado nos diversos bairros, em um curto espaço de tempo – duas décadas –, variando em grande, média e pequena intensidade. Os bairros de Petrópolis, Lagoa Seca, Tirol, Cidade Alta, Areia Preta e Ribeira – todos integrantes da zona administrativa Leste – figuram entre os que apresentam os mais elevados indicadores de envelhecimento populacional, em alguns casos, com indicadores superiores aos verificados no Brasil, nas Grandes regiões e no Rio Grande de Norte. Esse fato mostra uma rápida e contínua evolução do processo nesses bairros, e uma possível irreversibilidade.

Há que se ressaltar que a população total desses bairros não ultrapassou 4,8% (38.111 habitantes) do total da população natalense em 2010, porém, devido ao seu estágio avançado, faz-se necessária uma reformulação das políticas públicas relacionadas ao idoso, que, pelo seu pequeno contingente, pode requerer, em relação aos outros, menores investimentos.

Corroborando tais resultados, a análise de agrupamento mostrou que os bairros que lideraram as posições dos mais elevados indicadores de envelhecimento foram aqueles tidos como mais tradicionais e antigos do município – Petrópolis, Tirol e Lagoa Seca. Além disso, percebeu-se uma associação direta entre os melhores indicadores e um maior poder aquisitivo da população, assim como uma relação inversa entre os menores indicadores de

vulnerabilidade social. Em contrapartida, os bairros mais periféricos, com maior vulnerabilidade social e menor poder aquisitivo, foram os que apresentam menores crescimentos da população mais idosa: Redinha, Pajuçara, Salinas, Nossa Senhora da Apresentação, Igapó e Lagoa Azul, que se situam na zona administrativa Norte, e ainda, os bairros Bom Pastor, Guarapes, Felipe Camarão, Cidade Nova e Planalto, que se situam na zona administrativa Oeste. A associação entre vulnerabilidade social, saúde e poder aquisitivo já foi aferida e mencionada por França (2001), Assis (2002), Bezerril (2006), Carolino, Cavalcanti e Soares (2010), Macedo, Pedrosa e Almeida (2011), Telles e Borges (2012).

Cabe salientar que, tendo em conta a velocidade do processo de envelhecimento populacional, especialmente do segmento idoso, acima dos 60 anos, ou dos limites da faixa idosa mais avançada, faz-se necessário pensar em políticas públicas direcionadas a atender as particularidades desse segmento nas áreas de acessibilidade, transporte, saúde, entre outras.

O conjunto de evidências estabelecido aponta que está em curso um rápido envelhecimento populacional no município, fato que se assemelha ao processo ocorrido no âmbito nacional, regional e estadual.

Na caracterização das ILPIs do município, com base no questionário específico, observou-se que 54,5% são de natureza privada sem fins lucrativos (filantrópicas) e 45,5% de natureza privada com fins lucrativos (privadas). No estudo realizado pelo Ipea (2011), viu-se que, assim como ocorre em Natal, no Brasil, a maioria das ILPIs que surgem é de natureza privada, o que provavelmente se deve aos novos arranjos familiares, à baixa fecundidade, à maior participação da mulher no mercado de trabalho, entre outros fatores. Entretanto, a maioria das ILPIs brasileiras é filantrópica (religiosa ou leiga), resultado também apurado na pesquisa. Adicionalmente tem-se que:

Todas as ILPIs filantrópicas são administradas por associações religiosas sem fins lucrativos, mantendo-se por meio de convênios, de aposentadorias e doações. O tempo médio de funcionamento dessas instituições é de 33,2 anos (com grande variação), razão pela qual os idosos vivem há mais tempo nelas. Devido a sua maior capacidade (244 leitos), elas também concentram a maior quantidade de idosos (62,5%) assistidos por ILPI no município. Nessas ILPIs, os idosos pertencem a uma faixa etária mais nova, portanto apresentam debilidades funcionais menos acentuadas. Por sua finalidade não lucrativa e social, elas se adensam em bairros periféricos, onde se encontra a população mais carente e socialmente vulnerável do município. Tal fato se refletiu nos motivos declarados da institucionalização dos idosos nessas instituições filantrópicas: a solidão, a falta de laços familiares e a falta de condições da família em proporcionar uma boa qualidade vida ao idoso (geralmente associada à manutenção

financeira). Quanto à qualificação para a contratação do cuidador, os motivos foram mais associados à interação social e afinidade com os idosos do que propriamente com sua qualificação técnica – principalmente por se tratar de uma ocupação com regulamentação recente e essas ILPIs serem mais antigas, e terem cuidadores mais antigos. Os profissionais da saúde nessas ILPIs são os estabelecidos pela RDC nº. 283, assim como os serviços oferecidos. Quanto à adaptação dos idosos, verificou-se que, em média, ela ocorre em 53 dias – a adaptação é mais demorada em virtude da forma como os idosos lá chegam, declarada por seus responsáveis: resignada (60,0 %). A quantidade de óbitos foi proporcional aos anos de funcionamento, à quantidade de idosos assistidos e ao grau de debilidade dos idosos.

Sugerem-se estudos mais aprofundados e específicos nas ILPIs, pois as análises seriam de grande valia para o estudo do idoso, principalmente se focarem na identificação das morbidades – prevalência/incidência, tempo de permanência/sobrevivência, tipos de enfrentamento da institucionalização, identificação de fatores associados à institucionalização e dos arranjos familiares do idoso institucionalizado, entre outros, objetivando a criação de alternativas para uma melhor qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Nas instituições de natureza privada, constatou-se que a manutenção financeira tem como fonte somente as mensalidades dos idosos – cujo valor médio é de aproximadamente R\$ 2.816,70, variando de acordo com o grau de dependência do idoso e o tipo de acomodação escolhida. Destaca-se que essas instituições dispõem de uma capacidade menor de leitos. Nelas, os idosos possuem faixa etária mais avançada, ou seja, entram nas ILPIs mais “velhos”, e em muitos casos conscientes de sua condição na instituição. E por entrarem nessas ILPIs com idade mais avançada, suas funções capacitivas e cognitivas são mais comprometidas. Tal evidência também foi encontrada na pesquisa sobre as condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil, realizada pelo Ipea (2011). Por sua natureza lucrativa, e por exigirem um desembolso mensal que as torna inacessíveis para a maioria da população, essas ILPIs concentram-se em bairros notadamente nobres e privilegiados do município. Essa condição também se reflete nos motivos declarados da institucionalização dos idosos: a falta de “tempo” para cuidar dos idosos ou de proporcionar-lhes uma boa qualidade vida (saúde e bem-estar) – (geralmente não associado ao fator financeiro). A contratação do cuidador está associada à qualificação técnica ou capacidade intelectual, e ainda, à experiência profissional com idosos. Os profissionais da saúde nessas ILPIs são os estabelecidos por lei – ressalva-se que os proprietários são geralmente profissionais da saúde ou da assistência social, e todos têm no mínimo nível superior de instrução. Quanto ao tempo médio de adaptação dos idosos, declarou-se um

período de 29 dias, adaptação menos demorada em virtude de suas condições de saúde e orientação, dado confirmado na forma declarada de adaptação: espontânea (100,0 %).

Na identificação do perfil social, demográfico e econômico, do cuidador formal de idosos institucionalizados, para a qual um questionário específico foi elaborado para captar as informações, observou-se o que vem a seguir.

Quanto às características sociodemográficas dos cuidadores formais de idosos institucionalizados do município de Natal/RN, cita-se: a predominância do sexo feminino com 84,8% – prevalência encontrada também por Paulin (2011) em uma revisão de literatura (2000-2010) sobre o cuidador formal; a escolaridade do ensino médio completo a superior completo (57,6%) – escolaridade inferior foi encontrada por Paulin (2011), ensino fundamental; a cor /raça/etnia pardo (a) declarada por 68,5% dos cuidadores; a situação conjugal: casado (a) ou unido (a) ou alguma vez casado (a) ou unido (a) em 68,5% dos cuidadores; e a religião predominante católica com 64,1%.

Em relação às características econômicas citam-se: a renda familiar mensal de zero a três salários mínimos, declarada por 94,6% dos cuidadores; 84,8% têm as ILPIs como principal fonte de renda; a maioria trabalha com carteira assinada (97,8%) e tem carga horária de trabalho mensal de 12 horas diárias (76,1%), em regime de escala.

Como informações complementares, tem-se que: o tempo médio na função de cuidador de idosos é de 71,2 meses – com maior média nas ILPIs filantrópicas (83,8 meses); a quantidade média de idosos cuidados é de 21 – com a maior média nas ILPIs filantrópicas (23,3 idosos); 92,4% consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos em trabalhar como cuidador de idosos nas ILPIs; 68,5 % fizeram curso de capacitação para ser cuidador de idosos – com maior percentual nas ILPIs filantrópicas; e 80,4% não pensam em deixar de ser cuidador de idosos.

O estudo contribuiu no sentido de identificar o perfil do cuidador formal nas ILPIs no município de Natal. Paulin (2011) encontrou somente quatro estudos que buscavam caracterizar o perfil dos cuidadores dentro das ILPIs – salienta-se que esses estudos englobavam outros aspectos, tais como características de idosos e cuidadores de um ambulatório de neurogeriatria, caracterização de idosos e cuidadores restritos a domicílio. Este trabalho poderá servir de base para a elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida do idoso e de seu cuidador formal, e ainda, poderá apontar para um nicho de mercado de trabalho recente e crescente, devido ao aumento da proporção de idosos, permitindo dimensionar qual o perfil do público-alvo que os cursos de capacitação de cuidadores de idosos podem atingir de forma a proporcionar uma melhor adaptação dos

idosos nas ILPIs. Adicionalmente, abre-se caminho para estudos mais aprofundados, visando à melhoria de qualidade de vida dos atores envolvidos no processo.

Quanto à qualidade de vida do cuidador formal de idosos institucionalizados, baseado nas respostas do questionário SF-36, pode-se dizer que 73,9% consideram seu estado geral de saúde de um ano atrás “bom” e 52,2% consideram “quase sempre o mesmo” comparado ao atual. Em relação aos domínios, os maiores valores médios obtidos foram Capacidade funcional e Limitação por aspectos físicos, e os menores valores médios foram obtidos nos domínios Estado geral de saúde e Vitalidade.

Identificou-se que os cuidadores que pensam em deixar a ocupação apresentaram valores médios menores nos domínios Limitação por aspectos físicos, Vitalidade, Aspectos sociais, Limitação por aspectos emocionais e Saúde mental em relação aos que não pensam em deixar a ocupação.

Em relação ao grau de dependência dos idosos institucionalizados, percebido por seus cuidadores formais, apurou-se que a maioria (54,3%) – com maior percentual nas ILPIs filantrópicas –, os considerou independentes em suas atividades básicas de vida diária.

Quanto ao rastreamento de violência contra o idoso institucionalizado por parte de seu cuidador formal, em 89,1% dos cuidadores não houve risco detectado – sem diferença significativa quanto à natureza da ILPI –, embora um percentual mais elevado de risco perpetrado tenha sido detectado nas ILPIs filantrópicas (11,5%).

Detectou-se que os possíveis fatores que podem explicar o Risco perpetrado de violência contra o idoso institucionalizado são a escolaridade de ensino médio completo e superior (Escolaridade) com chance 7,70 vezes maior. Por outro lado, à medida que o domínio do Estado geral de saúde aumenta, o Risco perpetrado de violência diminui.

O processo de envelhecimento populacional deve impor um redirecionamento dos arranjos das famílias, em razão das demandas específicas do grupo populacional com idades mais avançadas. A maior expectativa de vida do indivíduo traz, entre outros desafios, a perda parcial ou total das capacidades físicas e mentais. Diante de tal evidência, a melhoria da qualidade de vida do cuidador de idosos é primordial – quem cuida também precisa ser cuidado –, tendo em vista que será este profissional que irá auxiliar o idoso e estará cada vez mais presente em seu dia a dia.

Ribeiro et al. (2008) relatam que o cuidado dispensado ao idoso converte-se por vezes em uma missão penosa e complexa, gerando sentimento negativos (angústia, insegurança e desânimo), o que pode comprometer a saúde do cuidador. O envelhecimento individual, cada vez mais longo, acarretará o aumento das doenças crônicas e do nível de

dependência, fazendo com que o idoso necessite de ajuda para executar atividades que antes realizava de forma rotineira (AVDs) (PAULIN, 2011), e é nesse momento que o papel do cuidador se faz essencial.

O cuidador de idosos surgiu para dar suporte às novas limitações capacitivas da idade avançada. Esse profissional é a pessoa que oferece cuidados para amenizar os problemas decorrentes de limitações da capacidade funcional, sejam elas temporárias ou permanentes. As tarefas dos cuidadores de idosos incluem, entre outras, a de ajudar nos cuidados higiênicos, na alimentação, na administração de medicamentos, como também, interagir com os idosos e terapeutas em suas atividades fisioterapêuticas e recreativas. (DUARTE, 1996; REBELO 2007; UNIMONTES, 2009).

Paulin (2011) acrescenta que o envelhecimento é um processo complexo, revestido não apenas por perdas, mas também por ganhos individuais e coletivos. Tendo em vista as alterações na estrutura social e especialmente familiar, a mulher historicamente exerceu o papel de cuidadora encontra-se cada vez mais presente no mercado de trabalho, as famílias estão menores e geralmente os filhos na busca de emprego, acabam migrando residindo para longe dos pais, trazendo a exigência de contratação de pessoas para cuidar ou auxiliar no cuidado de seus familiares.

Nesse contexto, sugere-se a realização de mais estudos que insiram na temática do envelhecimento populacional os atores presentes no processo – o idoso, o cuidador formal e a família do idoso –, sob a ótica da institucionalização, de forma a subsidiar corretamente as políticas públicas assistencialistas que visam ao bem-estar e a uma melhor qualidade de vida para a população.

6 REFERÊNCIAS

ALONSO, Fábio Roberto B. **Como envelhece uma população:** uma análise demográfica dos componentes do crescimento populacional que conduziram ao acentuado e peculiar processo de envelhecimento da população do município de Santos-SP. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 17, Caxambú, 2010. Anais. Belo Horizonte: ABEP, 2010.

ALVES, José Eustáquio D. **A transição da fecundidade no Brasil entre 1960 e 2010.** Aparte - Inclusão Social. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art_100_a_transicao_da_fecundidade_no_brasil_1960_2010_21nov11.pdf. Acesso em: 18/ 01/ 2013.

ALVES, José Eustáquio D. **A transição demográfica e a janela de oportunidades.** Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, São Paulo, 2008.

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2005; v.17, n. 3/4, p.333-341.

ANTUNES, Ana Patrícia F. **Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades da população idosa do concelho de Constância.** Dissertação [Mestrado em Gestão e Economia da Saúde]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2010.

ASSIS, Elizangela. **A mortalidade por causas externas versus perfil socioeconômico dos bairros de Natal.** Monografia [Graduação em Estatística]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2002.

ASSIS, Elizangela; BARBOSA, Lára de Melo. **A Mortalidade por Causas Externas e os Aspectos Socioeconômicos nos Bairros de Natal.** Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, Ouro Preto, 2002. Anais. Belo Horizonte: ABEP, 2002.

ARAUJO, Claudia Lysia de O. et al. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **HERE (História da Enfermagem) – Revista eletrônica.** [online]. v.1, n.2, p. 250-262, jul-dez. 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/here_pesquisaano.htm>. Acesso em: 14 ago. 2012.

AZEVEDO, Pablo Guimarães. **Vulnerabilidades socioambientais na Zona de Proteção Ambiental – 9, Natal/RN.** Dissertação [Mestrado em Geografia]. Pós-graduação em Geografia. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2010. Disponível em: <http://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/PabloGA DISSERT.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2013.

BAENINGER, Rosana. Novos espaços da migração: tendências nacionais e do Nordeste. In: BARBOSA, L.M. **Questões contemporâneas da dinâmica populacional do Nordeste.** Natal: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, p. 163-179, 2006.

BALARDY, Laurent et al. Predictive factors of emergency hospitalisation in Alzheimer's patients: results of a one-year follow-up in the real. FR Cohort. **J. Nutr. Health Aging**, v.9, p. 112-116, 2005.

BARBOSA, Lára de Melo; SOUSA, Jorge Luiz. Demografia: migrações invertem o sinal. Demografia. **Revista Desafios do desenvolvimento**. São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, nov. 2007; ano 4, n.37, p. 20-26. [online]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/images/stories/PDFs/desafios037_completa.pdf> Acesso em: 11 jul. 2012.

BARROS, Juliana Vasconcelos de S. **A atual transição demográfica e suas implicações na oferta de serviços públicos voltados para a saúde feminina: o caso do Programa viva mulher**. Seminário de Diamantina. Diamantina, 2010. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2010.

BAPTISTA, Dulce Benigna A. **Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE**. Dissertação [Mestrado em Demografia] - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003. 124f. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2003/Dulce_Benigna.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

BATISTA, Anália Soria et al. **Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas de Previdência Social, 2008.

BESSA, Maria Eliana P. et al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. **Acta paul. enferm.** [online]. v.25, n.2, p. 177-182, 2012. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200004>>. Acesso em: 07 ago. 2012.

BEZERRIL, Sandra Maria de L. Caracterização socio-ambiental do bairro de Felipe Camarão – Natal/RN. Dissertação [Mestrado em Desenvolvimento e Meio ambiente] – Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio ambiente (PRODEMA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

BITTMAN, Michael et al. Making the Invisible Visible: The Life and Time(s) of Informal Caregivers. In: Folbre, N., Bittman, M. **Family Time: The Social Organization of Care**. London: Routledge, p. 69-89, 2004.

BOFF, Leonard. **Saber cuidar: ética do humano**, Petrópolis: Vozes, 1999.

BORN, Tomiko. **A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação**. Seminário Velhice fragilizada. SESC, São Paulo, nov. 2006.

BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana de (org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 1131-1141, 2006.

BRASIL. Agência Brasil. **Projeto de Lei 284/2011, de 17 de outubro de 2012, que regulamenta profissão de cuidador de idoso passa pelo Senado.** Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/eu-estudante/tf_carreira/2012/10/17/tf_carreira_interna,328649/projeto-que-regulamenta-profissao-de-cuidador-de-idoso-passa-pelo-senado.shtml. Acesso em: 17 nov. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005.** Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União**; Brasília, 27 set. 2005.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. **V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil, 2002.** Disponível em: http://www.camara.gov.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/ultimos_informes/19032002%20-%20Relatorio%20dos%20Asilos.htm. Acesso: em 28 abr. 2013.

BRASIL. **Censo Demográfico 2010 Resultados gerais da amostra IBGE.** [Informativo econômico]. Ministério da Fazenda. Secretaria de Política Econômica, abr. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de dezembro de 1988.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm Acesso em: 02 abr. 2013.

BRASIL. **Lei nº 10741, de 1º de outubro 2003, dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências.** Estatuto do Idoso. 2 ed. 1 reimp.; Brasília, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf >. Acesso em: 07 agos. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm. Acesso em: 02 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde. **Portaria 5153/1999.** Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília: MPAS/SAS, 1999.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO.** Cuidador de idosos, 2000. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/FiltroTabelaAtividade.jsf>>. Acesso em: 07 agos. 2012.

BRITO, Fausto. O deslocamento da população brasileiro para as metrópoles. **Estudos Avançados 20**, São Paulo, n.35, p. 221-236, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n57/a17v2057.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2012.

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no contexto internacional.** Texto para discussão, v.317. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.

CAMARANO, Ana Amélia. A. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NERI, Anita L. (org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC SP, 2007. p. 169-190.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento populacional no Japão num contexto de despovoamento e ocidentalização**. Artigo escrito como parte das atividades do estágio de pós-doutorado realizado na Nihon University - Tóquio com o apoio da CAPES. Rio de Janeiro: 2005.

CAMARANO, Ana Amélia et al. Famílias: Espaço de Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 5, p. 137-168. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_contentview=articleid=5476>. Acesso em: 07 abr. 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, jan.-jun. 2010; v.27, n.1, p. 233-235.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro, IPEA, 2010. Cap. 2, p. 68-92. Disponível em: <http://www.IPEA.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em 29 abr. 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza de M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 8, p. 253-292. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_contentview=articleid=5476>. Acesso em: 07 abr. 2013.

CAMARINHA FILHO, Jomar Antônio. Testes de hipóteses, 2009. Capítulo 5, p.70-102. In: **Ce003 – Estatística II (notas de aula)**. Departamento de Estatística, Universidade Federal do Paraná, 2009. Disponível em: <http://www.est.ufpr.br/ce003/material/apostilace003.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CAMARGO, Antônio Benedito M.; YAZAKI, Lúcia Mayuri. **A fecundidade recente em São Paulo: abaixo do nível de reposição?** In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 12, Ouro Preto. Anais... Belo Horizonte, ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/aulas/2010/kazuo/graduacao/FecundidadeRecenteSP.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CAMARGO Antônio Benedito; FRIAS Luis Armando de M. **Some aspects of the brazilian mortality: the XX the century and perspectives – brazilian demography**. Salvador, Brazil: IUSSP, 2001.

CAROLINO, Jacqueline Alves; CAVALCANTI, Patrícia Barreto; SOARES, Maria de Lourdes. Vulnerabilidade Social da População Idosa e a Necessidade de Políticas de Proteção como Mecanismo de Inclusão Social. **Qualit@s Revista Eletrônica** [online]. v. 9. n. 1, 2010. ISSN 1677 4280. Disponível em:

<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/688/367>. Acesso em: 19 mai. 2013.

CARVALHO, José Alberto M. Para onde iremos: algumas tendências populacionais no século XXI. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.18, n. 1/2, p. 7-13. São Paulo: REBEP, jan.- dez. 2001.

CARVALHO, José Alberto M.; BRITO, Fausto. A demografia brasileira e o contexto da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. In: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v. 22, n.2. São Paulo: REBEP, dez. 2005.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. Modelos de política de cuidados na velhice em Portugal e em alguns países europeus. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, nov. 2009. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4418/2990>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

CARVALHO, Vitor Oliveira C. et al. Validação da versão em português do Minnesota living with heart failure questionnaire. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 93, n. 1, São Paulo, p. 39-44, jul. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000700008escript=sci_arttext. Acesso em: 07 abr. 2013.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL - CEDEPLAR; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Mudanças climáticas, migrações e saúde: cenários para o Nordeste Brasileiro, 2000-2050**. Relatório de Pesquisa (Research Report): Belo Horizonte, MG: CEDEPLAR/FIOCRUZ, jul. 2008.

CERQUEIRA, Marília Borborema R. **Envelhecimento populacional e população institucionalizada – um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros**. Dissertação [Mestrado em Demografia] – CEDEPLAR, UFMG. Belo Horizonte, 2003.

CHACHAMOVICH, Eduardo. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira**. Dissertação [Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Porto Alegre, 2005.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiro às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p.184–200, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014escript=sci_arttext>. Acesso em: 04 out. 2012.

CHAMIE, Joseph. Scenarios for the development of world population. In: GOLINI, A. (Ed.). **Proceedings of the International Conference Trends and problems of the world population in the XXI century: 50 years since Rome 1954**. Genus, v.61, n.3-4. p.69-89, Roma, 2005.

CHESNAI, Jean Claude. El futuro de la fecundidad francesa. In: **Boletín de Población de las Naciones Unidas**, n.º 40/41, 1999.

CHRISTOPHE, Micheline. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?** Dissertação [Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais]. Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE). Rio de Janeiro, 2009.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v.39, n.3, p.143-150, mai.-jun., 1999. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf. Acesso: 07 abr. 2013.

CLEMENTINO, Maria do Livramento M. et al. Como anda Natal. In: CLEMENTINO, Maria do Livramento M.; SOUZA, Maria Ângela de A. (Orgs.). **Como andam Natal e Recife**. Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrôpoles, 2009, p. 1-88.

CLEMENTINO, Maria do Livramento M. **Economia e urbanização: o Rio Grande do Norte nos anos 70**. Natal: UFRN/CCHLA, 1995.

COALE, Ansley J.; HOOVER, Edgar M. **Population growth and economic development in low-income countries**. Princeton: Princeton University Press, 1958.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, v.33, n.5, p. 445-453, out. 1999.

CORRAR, João Luiz; POHLMANN, Marcelo Coletto. **Análise cluster de setores da economia brasileira utilizando indicadores contábeis**. Faculdade São Francisco de Assis. União das Faculdades Integradas de Negócios. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.unifin.edu.br/Content/arquivos/20080416134711.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2012.

CORRÊA, Cristiane Silva. **Famílias e cuidado dedicado ao idoso: Como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso**. Dissertação [Mestrado em Demografia] – CEDEPLAR, UFMG. Belo Horizonte, 2010.

DANILOW, Milena Zamian et al. **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal**. Com. Ciências Saúde. Brasília, 2007.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.3, p.518-524. mai. - jun. 2004.

DESESQUELLES, Aline, BROUARD, Nicolas. Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. **Population**, v.58, n.2, 2003. p.201-227.

DIAS JUNIOR, Cláudio Santiago; COSTA, Carolina Souza. **O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 15, Caxambu, MG, 2006. Anais. Belo Horizonte: ABEP, 2006.

DIOGENES, Francisca Geene de F. **A família na vida do idoso: uma visão da terapia ocupacional gerontológica.** Monografia [Especialização em Gerontologia social], Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2007.

DIOGO, Maria José D.; DUARTE, Yeda Aparecida de O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de et al (orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2002, p. 762-767.

DUARTE Maria Jalma Rodrigues S. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. **Revista de Enfermagem**. n.34. p. 126-130, 1996.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Social foundations of post-industrial economies.** Oxford University Press, New York, 1999. Disponível:
<http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/0198742002.001.0001/acprof-9780198742005>. Acesso em: 29 mar. 2013.

FERNANDES, Sandra Lizete da C. **Vivências em lares de idosos: diversidade de percursos um estudo de caso.** Dissertação [Mestrado em Gerontologia Social] – Departamento de Ciências da Educação e do Patrimônio, Universidade Portucalense Infante. Porto, 2010.

FERRARI, Fabricio. **Estatística básica.** 2004. Disponível em:
<http://www.ferrari.pro.br/home/documents/FFerrari-Curso-Estatistica-Basica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FERREIRA, Alexsandro Ferreira C. da. **Depois das fronteiras: a formação dos espaços de pobreza na periferia norte de Natal-RN.** Dissertação [Mestrado em Arquitetura e Urbanismo]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003. 213f.

FERREIRA, Álida Rosária S.; WONG, Laura Rodrigues. **Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas – Brasil – 2000 a 2015.** Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/259. Acesso em: 10 dez. 2012.

FERREIRA NETA, Ana Cezarina. **Quem são e como vivem os idosos dependentes no Brasil?** Trabalho de conclusão de curso [Graduação em Gestão de Serviço de Saúde] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

FRANÇA, Mardone Cavalcante. **A cidade como palco da diversidade demográfica: O caso da cidade do Natal.** General Population Conference, 24, Salvador: IUSSP / ABEP, ago. 2001.

FREITAS, Elizabeth Viana de. Demografia e Epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Ligia et al, (org.). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: Nau editora, 2004, p. 19-38.

FONSECA, Antônio Manuel. **Desenvolvimento humano e envelhecimento.** Lisboa: Climepsi Editores. 2005.

FURTADO, Edna Maria. O turismo na capital Potiguar: visões sobre o espaço urbano de Natal/RN. **Mercator - Revista de Geografia da Universidade Federal do Ceará.** Fortaleza,

ano 6, n.11, p.49-58, 2007. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2736/273620627006.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

GARCIA, Regina Ceres A. **Estudo epidemiológico das principais alterações da normalidade lesões de mucosa bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Governador Valadares, 2008-2009**. Dissertação [Mestrado em Imunopatologia das doenças infecciosas e parasitárias] – Programa de pós-graduação em Ciências Biológica. Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Governador Valadares/MG, 2009.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 38, n. 6, p. 835-841. ISSN 0034-8910. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/12.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2013.

GIBSON, Mary Jo; GREGORIO, Steven R.; PANDYA, Sheel M. **Long-term care in developed nations: a brief review**. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute, 34p, 2003. Disponível em: http://assets.aarp.org/rgcenter/health/2003_13_ltc_dv.pdf. Acesso em: 07 abr. 2013.

GOLINI, Antônio. Niveles y tendencias de la fecundidad en Itália. In: **Boletín de Población de las Naciones Unidas**, n. 40/41, 1999.

GONÇALVES, Lucia Hisako T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, n. 15, v.4, p. 570-577, out./dez., 2006.

GONÇALVES, Mirna Alves I. **A população brasileira de 1872 a 1970: crescimento e composição por idade e sexo**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP. São Paulo, p. 28-74, _____. Disponível em: http://www.cebrap.org.br/v1/upload/biblioteca_virtual/a_populacao_brasileira_de_1872_a_1970.pdf. Acesso em: 07 abr. 2013.

GORDILHO, Adriano et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atuação integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ; 2000.

GRATÃO, Aline Cristina M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idoso na comunidade**. Tese [Doutorado em Ciências] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

GRATÃO, Aline Cristina M. **Demanda de cuidadores familiares com idosos demenciados**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GUEVEDO, Rosângela Clair. **A assistência de enfermagem aos cuidadores de idosos: revisão integrativa**. Graduação [Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem]. Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2011. Disponível: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/GUEVEDO-R.-C.-A-assist%C3%A2ncia-de-Enfermagem-aos-cuidadores-de-idosos.pdf>. Acesso em: 07abr. 2013.

GUIMARÃES, José Ribeiro S. **Envelhecimento populacional e oportunidades de negócios**: o potencial mercado da população idosa. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 18-22 de Setembro de 2006.

GUIMARÃES, Paulo Ricardo B. Testes para duas amostras independentes. Capítulo 4, p. 40-57, 2011. In: **Estatística Não paramétrica**, UFPR, 2011. Disponível em: http://people.ufpr.br/~prbg/public_html/ce050/apostcap4a.PDF. Acesso em: 10 jan. 2013.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Editoria Campus, 1996.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/pdj2h/pdf/hegenberg-8585676442.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2013.

HENRIQUES, Amanda Haissa B. et al. **Cuidado ao cuidador na busca de um cuidador humanizado em saúde**: um resgate bibliográfico. XV Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem. 2012. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I20456.E8.T3977.D4AP.pdf>. Acesso em: 22 out. 2012.

HOFFMANN, Maria Edwiges. Bases biológicas do envelhecimento. **Com ciência: revista eletrônica de jornalismo científico [online]**. n.35, set., 2002. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/framereport.htm>. Acesso em: 10 jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira. **Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica**, n.27, Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas. **Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil**. IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**. n.9. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf. Acesso em: 07 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 1970.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 1960.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 1950.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 1940.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL-IPARDES. **Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento**. Curitiba: IPARDES, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS – IPEA. Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Comunicados do IPEA, série Eixos do desenvolvimento brasileiro**, n.93. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA – IPEA. **Características das instituições de longa permanência para idosos** – região Nordeste/ coordenação geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008. 348p. ISBN - 978-85-7811-012-3.

JERÔNIMO, Silvana Helena N.de M. **A pessoa idosa com doença crônica não transmissível atendida em serviços de média complexidade na cidade de Natal/RN**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

JORDÃO NETO, Antônio. **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

KANE, Rosalie A.; KANE, Robert L. **Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies**. New York: Springer Publishing Company, 1987.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**; v. 185, n.12, p. 914-919, 1963.

KITCHENER, Martin; HARRINGTON, Charlene. The U.S. Long-Term Care Field: A Dialectic Analysis of Institution Dynamics. **Journal of Health and Social Behavior**, American Sociological Association, v. 45, Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics, p. 87-101, 2004. Disponível em: <http://links.jstor.org/sici?sici=0022-1465%282004%2945%3C87%3ATULCFA%3E2.0.CO%3B2-%23>. Acesso em: 30 mar. 2013.

LAMURA, Giovanni et al. Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evidence From the EUROFAMCARE Study. **The Gerontologist**. Washington USA: The Gerontological Society of America, 2008.v. 48, n. 6, 752–771.

LIMA, Cláudia Regina V. **Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal**. Monografia [Especialização em Legislativo e Políticas Públicas], Programa de Pós-graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento - CEFOR, Câmara dos Deputados. Brasília, 2011.

LIMA, Pedro de. **Natal século XX: do urbanismo ao planejamento urbano**. Natal: EDUFRN, 2001, 190 p.

LINO, Valéria Tereza S. et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da via diária (escala Katz). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.103-112, jan.2008.

LIRA, Sachiko Araki. **Análise de correlação: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações**. . Dissertação [Mestrado em Ciências] – Programa de Pós-graduação em Métodos Numéricos em Engenharia dos Setores de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MACEDO, Yuri Marques; PEDROSA, Leônidas Petrônio D; ALMEIDA, Lutiane Queiroz. **Vulnerabilidade Social do Município de Natal, RN, Brasil: metodologia e aplicação**, 2011. Semana de Humanidades, 19, Natal, RN, 2011. Anais. Natal: UFRN/ CCHLA, 2011. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/shXIX/anais/GT14/Artigo_GT14_shXIX.pdf. Acesso em: 14 mai. 2013.

MAIA, Rodrigo da Silva et al. **Combatendo a violência contra o idoso no município de Natal/RN: a realidade do programa SOS idoso – SEMTAS**, 2010. In: Semana de humanidades, 18, UFRN/CCHLA, jun./2010. Disponível: <http://www.cchla.ufrn.br/shXVIII/artigos/GT36/COMBATENDO%20A%20VIOLENCIA%20CONTRA%20O%20IDOSO%20NO%20MUNICIPIO%20DE%20NATAL.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2013.

MARIN, David Casado; CASANOVAS, Guillem López i. **Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, situación actual y perspectivas de futuro**. Colección Estudios Sociales, n. 6. Fundación “la Caixa”, 2001.

MCCULLOUGH, Laurence B. **Long-Term Care Ethics**. Encyclopedia of Aging. The Gale Group Inc. 2002. Encyclopedia.com. Disponível: <http://www.encyclopedia.com>. Acesso em: 30 mar. 2013.

MINEIRO, Fernando. **Crimes ambientais em Natal**. Natal: Mandato popular, 2001, v.7, 97 p. (Coleção Dito e Feito).

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Sistema de Planejamento do SUS: uma contribuição coletiva: Plano Nacional de Saúde /PNS 2008/2009-2011**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Guia prático do cuidador. **Série A – Normas e manuais técnicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 1º ed., 64 p., 2008.

MONTEIRO, Weslaine Alessandra et al. **Uso do questionário SF-36 na avaliação do estado de saúde de pessoas atendidas por serviço de fisioterapia de uma unidade de estratégia de saúde da família.** In: UNESP. Congresso de Iniciação Científica da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 23, São Paulo, out./nov., 2011. Disponível em: <prope.unesp.br/xxiii_cic/ver_resumo.php?area=100063>. Acesso em: 13 agos. 2012.

MONTEVERDE, Malena et al. **Estimación de costos globales de la dependencia en países de Latinoamérica y el Caribe.** Washington: Inter-American Development Bank, 2007.

MOREIRA, Morvan de Mello. **Determinantes demográficos do envelhecimento populacional brasileiro.** In: ABEP. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12, Caxambu. Anais... Belo Horizonte, ABEP, v. 1, p. 1-18. 2000.

MOREIRA, Morvan de Mello. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 79-94, jan./jun. 1998.

MOREIRA, Morvan de Mello. **Envelhecimento da população brasileira.** Tese [Doutorado]. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG, 1997.

MOURA, Hélio A.; TEIXEIRA, Pery. **Tendências recentes do crescimento populacional.** Scielo Brasil, Dossiê Nordeste I, São Paulo, v. 11, n. 29, p.95-123, jan./abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141997000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jun. 2012.

NATAL. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB). **Anuário Natal 2011/2012.** Natal, 2012.

NATAL. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB). **Anuário Natal 2009/2010.** Natal, 2010.

NAZARETH, Joaquim Manoel. **Demografia: A ciência da população.** Editorial Presença. 2ª ed. Lisboa, Portugal, 2007.

NITRINI, Ricardo et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.63, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000400034&lng=en&rm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2012.

NOGUEIRA, Ivan Daniel B. et al. Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional na insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiologia.** v. 95, n. 2, p. 238-243, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200015. Acesso em: 02 dez. 2012.

NOVAES, Regina Helena L. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro – Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos.** Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, Simone Camargo de. **Funcionalidade familiar: um estudo com idosos institucionalizados**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

OLIVEIRA, Suellen Karina et al. **Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário - PAINP**. v. 5, n. 2, p. 184-192. Londrina, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília/DF: Organização Pan-americana de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Manual of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. Ed. 10. Geneve: WHO, 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **World population to 2300**. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, 2004. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas**. Tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1). Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 02 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Second World Assembly on Ageing, 2002**. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/secondworld02.html>. Acesso em: 30 mar. 2013.

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p.2013-2022, set. 2007.

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.7-19, jan.-fev. 2005.

PASINATO, Maria Tereza de M.; KORNIS, George E. M. **Cuidados de Longa Duração para Idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social**. Texto para Discussão nº 1371. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

PAULIN, Grasielle Silveira T. **Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde**. Tese [Doutorado em Ciências], Programa de pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011. 155f.

PAULO, Michelle Gassen et al. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses do uso de próteses auditivas. São Paulo: **Arq. Int. Otorrinolaringologia**. v.12, n.1, p. 28-36, 2008.

PAIVA, Paulo de Tarso A.; WAJNMAN, Simone. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo: REBEP, v. 22, n. 2, p.303-322, jul.- dez. 2005.

PELOSO, Laura Almeida; COSTA, Sandra M Fonseca. **Caracterização do processo de envelhecimento da população e o município de São José dos Campos**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 15, Caxambu, MG, 2006. Anais. Belo Horizonte: ABEP, 2006.

PEREIRA, Júlio Cesar R. et al. **Espaço aberto**: Questões comuns sobre epidemiologia, estatística e informática. Revista do IDPC, São Paulo, v. 7, p. 12-17, 2000. Disponível em: http://docsfiles.com/pdf_3_prevalencia_e_incidencia.html. Acesso em: 29 abr. 2013.

PERPÉTUO, Iñez Helena O.; WONG, Laura Rodriguez. **Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil**. Seminar La Fecundidad en América Latina y El Caribe: Transición o Revolución? Santiago, Chile: Celade, jun. 2003.

PINTO, Silvia Patrícia Lima de C.; VON SIMSON, Olga Rodrigues de M. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia** [online]. v.15, n.1, p. 169-174. ISSN 1809-9823, 2012. Disponível em: < http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100018&lng=pt&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2012.

POCINHO, Margarida. **Estatística II, Teoria e exercícios passo-a-passo**. 2009. Disponível em: < <http://antonio-fonseca.com/Unidades%20Curriculares/3-Ano/Bioestatistica/1%20Licoes/Manual%202.pdf>>, Acesso em: 11 jul. 2012.

QUEIROZ, Niedja Maristone Oliveira B. **Regressão logística – uma estimativa bayesiana aplicada na identificação de fatores de risco para HIV, em doadores de sangue**. Dissertação [Mestrado em Biometria], Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2004.

RATES, Hosana Ferreira. **Cuidado de saúde do idoso, no domicílio**: implicações para as cuidadoras, no distrito de Contagem/ MG. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-743R9F>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

REBELO, Helder. Psicoterapia na idade adulta avançada. **Análise Psicológica**. v. 25, n. 4, p.543-557, Portugal, 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE - RIPSA. **Características dos indicadores** – Ficha de Qualificação IDB. 2011. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=A.16&lang=pt&version=ed6>. Acesso em: Acesso em: 04 out. 2012.

REIS, Myrna; NAHMIASH, Daphne. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). **Can J Aging**; v. 14, p. 45-60, 1995.

RESTA, Darielli Gindri; BUDÓ, Lourdes Denardim. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. In: **Acta Scientiarum Health Sciences**, 2004; v. 26, n. 1, p. 53-60. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xisescrc=googlebase=LILACSelang=penextAction=lnkeexprSearch=402479eindexSearch=ID>. Acesso em: 04 nov. 2012.

REZENDE, Joffre M de. **Linguagem Médica**: “Institucionalização” do idoso. 2001. Disponível em: < <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/> >. Acesso em: 22 nov. 2012.

RIBEIRO, Marco Túlio de F. et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 870-875, nov./ dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600011escript=sci_arttext. Acesso em: 26 mai. 2013.

RIOS NETO, Eduardo. L. G. Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo: REBEP, v. 22, n. 2, jul.- dez. 2005.

ROSA, Maria João V. **Teoria e doutrinas demográficas**. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Lisboa. Lisboa, 2006.

SÁ, Ricardo Miranda. **Projetos urbanos na cidade de Natal**: a operação urbana Ribeira, suas consequências e atores envolvidos. Encontro Nacional da Associação Nacional de pós-graduação e pesquisa em planejamento urbano e regional (ANPUR), 14, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

SAAD, Paulo Murad. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 6, p. 169-210.

SALIBA, Nemre Adas et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Revista Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu. v. 11, n. 21, abr. , 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100005eIng=enenrm=iso. Acesso em: 04 out. 2012.

SANTOS, Ariene Angelini. **Idosos com alterações cognitivas: um estudo sobre a funcionalidade familiar em contexto de pobreza**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2009.

SANTOS, André. Migração de força de trabalho: notas para debate. **Pegada Eletrônica**. [online]. São Paulo, SP, jun. 2006, v.7, n.2, p.7-26. Disponível em: http://www4.fct.unesp.br/ceget/PEGADA72/Pegada7n2_20061Ari.pdf. Acesso em: 06 jun. 2012.

SANTOS, Érica Gonçalves. S. **Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte**: Um estudo transversal. Dissertação [Mestrado em Reabilitação]. Programa de

Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

SARDINHA, Maria Leonor M. **Primeira parte: fundamentação teórica. Trabalho científico em biblioteca virtual** [online]. Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira (CITMA), Ilha da Madeira, 2007. Disponível em: <http://www.citma.pt/Uploads/Maria%20Leonor%20Sardinha.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SCAZUFCA, Marcia et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública** [online]. v.36, n.6, p. 773-778, São Paulo, dez. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000700018&script=sci_arttext>, Acesso em: 04 jul. 2012.

SEABRA, Cintia Arlete F. **Necessidades e cuidador em saúde de idosos migrantes atendidos por equipes da estratégia de saúde da família**. Dissertação [Mestrado em Ciências]. Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SENGSTOCK, M.C.; HWALEK, M. A review and analysis of measures for the identification of elder abuse. **Journal Gerontol Soc Work**; v. 10, p. 21-36, 1987.

SERPA, Angel. Fala periferia! Uma reflexão sobre a produção do espaço periférico metropolitano. **Série UFBA em campo: Estudos**, Salvador: UFBA. 2001. 318 p.

SHRYOCK, Henry S.; SIEGEL, Jacob S; LARMON, Elizabeth A. **The Methods and Materials of Demography**. Academic Press, Inc. San Diego, Califórnia, v.1, 1976. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=98IHDochZPcC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&qef=false>. Acesso em: 14 set. 2012.

SIEGEL, Jacob S.; SWANSON, David Arthur. **The methods and materials of demography**. Elsevier Academic Press, London, 2004.

SILVA, Alexsandro Ferreira C. da. O parcelamento do solo e a formação de espaços de pobreza em Natal-RN. **Scripta Nova**. [online]. Barcelona, v.7, n.146, 2003. Disponível em: [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(130\).htm](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(130).htm). Acesso em: 14 mai. 2013.

SMETHURST, William S. **Envelhecimento ativo: da intenção a ação**. Seminário: Quantos somos e quem somos no Nordeste, 2007. Anais... Disponível em: <http://www.fgf.org.br/centrodedocumentacao/publicacoes/qsqsne/14_WilliamsSmethurst.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2012.

SOARES, Priscila. **Percepção do idoso morador de uma unidade asilar, quanto à assistência de enfermagem**. Monografia [Graduação em Enfermagem] – CEDEPLAR, Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. Biguaçu, 2008.

TELLECHEA, Lourdes. **Cuidados permanentes de las personas mayores**. Paper apresentado na Reunião de Governos e Especialistas sobre Envelhecimento dos Países da América do Sul. Buenos Aires, Argentina: 14 a 16 de novembro de 2005. Disponível em

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LTellechea_d.pdf . Acesso em: 30 mar. 2013.

TELLES, José Luiz; BORGES, Ana Paula. O SUS e o processo de envelhecimento populacional. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde** [online]. 2012. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=3271eidSubCategoria=56>. Acesso em: 19 mai. 2013.

THOMPSON, W.S. Population. **American Journal of Sociology**, Chigaco, v.24, p. 959-975, 1929.

UESUGUI, Helena Meika. **Cuidadores de Idosos: A realidade de um Centro de Internação Domiciliar, Rondônia, Brasil**. Tese [Doutorado]. Ciências da Saúde – UNB, Brasília, 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES. **Diagnóstico dos processos de formação de cuidadores de idosos no município de Montes Claros/MG**. Relatório Final. Atividade referente ao Plano Diretor 2008/2009. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS. Ministério da Saúde – MS. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Centro de Ensino Médio de Fundamental, Escola de Saúde, Estação de Pesquisa, UNIMONTES. Jul. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. **Análise de agrupamento**. The Cyclops Project. German-Brazilian Cooperation Programme on IT.CNPq GMD DLR, UFSC. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~patrec/agrupamentos.html>. Acesso em: 01 mai. 2012.

UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA – UNAMA. Notas de aula. **Aula 7 – Amostragem**. 2007. Disponível em: http://arquivos.unama.br/nead/gol/gol_adm_2mod/estatistica/pdf/ESTA_impresso_aula07.pdf . Acesso em: 01 jun. 2012.

VASCONCELOS, Kelly Rejane B et al. **O envelhecimento ativo na visão de participantes de um grupo de terceira idade**. In: Fragmentos de Cultura, v. 17, n.3/4, mar.- abr. 2007, p. 439-453.

VERAS, Renato Peixoto. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 705-715, mai. - jun. 2003.

VERAS, Renato Peixoto. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 382-397, out. - dez. 1988.

VIANELLO, Rubens Leite; ALVES, Adil Rainier. **Meteorologia Básica e Aplicações**. Viçosa – MG: Imprensa Universitária. 1991. 449p.

VONO, Zulmira Elisa. **O cuidador de idosos, 2008**. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/o-cuidador-de-idosos/>. Acesso em: 23 mai. 2012.

WACKER, R R et al. **Community Resources for Older Adults**. California: Pine Forge Press. 2002.

WARE JUNIOR, John E. SF-36 Health Survey Update. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3130–3139, 2000.

WARE JUNIOR, John E.; SHERBOURNE, Cathy D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WATANABE, Helena Akemi W.; DI GIOVANNI, Vera Maria. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.) [online]. n.47, p. 69-71, 2009. ISSN 1518-1812. Disponível em: <
http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1518-18122009000200018&lng=es&nm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

WOLF D. A. **Valuing informal elder care**. In: Folbre, N., Bittman, M. Family Time: The Social Organization of Care. London: Routledge, 2004.

WONG, Laura Lúcia R. **A projeção da fecundidade** – um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991-2020. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12, Caxambu, MG, 2000. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 2000.

WONG, Laura Lúcia R.; CARVALHO, José Alberto M. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para a saúde pública. **Revista Brasileira de Estudo Populacional**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan. - jun., 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Men, ageing and health: achieving health across the life span. Geneva: **WHO**, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department; 2001. (WHO/NMH/NPH/01.2). Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf. Acesso em: 09 jan. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA DO
COMITÊ DE ÉTICA DA UFRN**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR.

Pesquisador: LARA DE MELO BARBOSA ANDRADE

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 04765612.0.0000.5537

Instituição Proponente: Departamento de Estatística

Número do Parecer: 125.756

Data da Relatoria: 28/09/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, envolvendo vários pesquisadores e, entre estes, alguns vinculados a outros programas e ou instituições. A pesquisa é classificada como estudo epidemiológico observacional descritivo analítico, com abordagem quantitativa, a ser realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs, na cidade de Natal-RN. O número amostral é de aproximadamente 400 participantes idosos* de ambos os sexos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso dependente, pela visão do idoso, do cuidador e de seus familiares, considerando os aspectos da estrutura, do convívio familiar, econômicos e da saúde e bem-estar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apontados benefícios para a área de políticas de atenção a pessoa idosa. Considerações entre riscos e benefícios foram devidamente relatadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode gerar contribuições científicas importantes nos contextos demográfico, epidemiológico, socioeconômico, institucional e gerencial.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários a análise metofológico-ética foram apresentados, encontrando-se devidamente instruídos.

Recomendações:

Nenhuma recomendação especial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam adequadamente as pendências requeridas em parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 - CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS - item IV.2d). Atenção: conforme circular 017/11 - CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 - CNS item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p. 41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Assinador por:
Dulce Almeida
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

APÊNDICE B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DO
RESPONSÁVEL DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA O CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA - PPGDEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa "**Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar.**" coordenada pela Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa objetiva investigar os possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso, pela visão do idoso e de seu cuidador formal, considerando os aspectos da estrutura familiar, socioeconômicos, da saúde e bem-estar. Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) à entrevista, utilizando-se um questionário que permita captar informações que subsidiem a pesquisa.

Essa pesquisa por ser um estudo observacional poderá acarretar riscos mínimos aos participantes, seja físico ou psicológico. Caso se apresente, encaminharemos para serviços de assistência à saúde e ou psicológica públicos.

Os resultados deste projeto poderão beneficiar as instituições de longa permanência de idosos e serão de grande valia à população como um todo, mas, principalmente, poderão servir de subsídios para fins de elaboração de políticas públicas voltadas para melhorias nas instituições de longa permanência para idosos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa, no endereço UFRN Campus Universitário s/nº, Lagoa Nova, Natal-RN ou pelo telefone 3342-2520/3215-3785 ou email lara@ccet.ufrn.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59072-970 ou pelo telefone **(84)3215-3135**.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "**Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar?**".

Participante da pesquisa: _____

Assinatura: _____



Pesquisador responsável: **Lára de Melo Barbosa**

Assinatura: _____ 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Exatas e da Terra

Departamento de Estatística

Fone: (84) 3342-2520/ 3215-3785

Programa de Pós-Graduação em Demografia

Comitê de ética e Pesquisa

Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59072-970
ou pelo telefone **(84) 3215-3135**.

APÊNDICE C

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DO
CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADO.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA - PPGDEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar.”** coordenada pela Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa objetiva investigar os possíveis determinantes associados à institucionalização do idoso, pela visão do idoso e de seu cuidador formal, considerando os aspectos da estrutura familiar, socioeconômicos, da saúde e bem-estar. Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) à entrevista, utilizando-se um questionário que permita captar informações que subsidiem a pesquisa.

Essa pesquisa por ser um estudo observacional poderá acarretar riscos mínimos aos participantes, seja físico ou psicológico. Caso se apresente, encaminharemos para serviços de assistência à saúde e ou psicológica públicos.

Os resultados deste projeto poderão beneficiar cuidadores formais de idosos e serão de grande valia à população como um todo, mas, principalmente, poderão servir de subsídios para fins de elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa, no endereço UFRN Campus Universitário s/nº, Lagoa Nova, Natal-RN ou pelo telefone 3342-2520/3215-3785 ou email lara@ccet.ufrn.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59072-970 ou pelo telefone **(84)3215-3135**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA - PPGDEM

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "**Instituições de longa permanência para idosos: abandono ou uma necessidade familiar?**".

Participante da pesquisa: _____

Assinatura: _____



Pesquisador responsável: **Lára de Melo Barbosa**

Assinatura: _____ 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Exatas e da Terra

Departamento de Estatística

Fone: (84) 3342-2520/ 3215-3785

Programa de Pós-Graduação em Demografia

Comitê de ética e Pesquisa

Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59072-970
ou pelo telefone (84) 3215-3135.

APÊNDICE D

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DO
MUNICÍPIO DE NATAL/RN.**



CENTRO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL DA IGREJA EVANGÉLICA
ASSEMBLÉIA DE DEUS NO RN
CNPJ/MF 08.712.127/0001-45
E-mail: ciade-leadern@hotmail.com

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^{ta} Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado '**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**', nesta instituição.

Natal, 06 de Março de 2012

Jakeline Guimarães da Silva
Nome do responsável pelo estabelecimento

Assistente Social e Responsável Técnico
Cargo

Jakeline Guimarães da Silva
Assistente Social
CRESS/RN-1603



CNPJ 70.035.126/0001-87

Av. Alexandrino de Alencar, 908 Alecrim CEP 59.030.350 Tel.: (84) 3223-3677/Fax (84) 3220-1302
De Utilidade Pública, Lei Federal 19/00 03.05.2000 - Lei Estadual nº 6.482 de 24/09/93 - Lei Municipal nº 4.489 de 29/09/93

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^ª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado "**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**", nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

Maria Celia da Silva Costa

Nome do responsável pelo estabelecimento

Maria Celia da Silva Costa
Assistente Social
CRESS 24.411

RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

Cargo



Rua Joaquim Araújo Filho, 1413 - Lagoa Nova
 CEP 59.063-120 - Natal - Rio Grande do Norte
 Fone: (84) 3231.4729
 www.solarresidencialgeriatrico.com.br

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^ª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado "**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**", nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

S. Barbosa

Nome do responsável pelo estabelecimento

Representante legal

Cargo

03.924.402/0001-70

SOLAR RESIDENCIAL GERIATRICO LTDA

Rua Sergio Severo, 1306

Lagoa Nova CEP: 59 063 180

NATAL/RN



PAÇO DAS PALMEIRAS RESIDENCE HOTEL LTDA ME

CNPJ.: 09.462.949/0001-88

Rua Assad Salha, 811- L. Nova- Fone: (84) 3234-1593 – Natal/RN

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^ª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

Bênia Simone Fernandes de Kucena

Nome do responsável pelo estabelecimento

Responsável Técnica-Médica

Cargo

09.462.949/0001-88

PAÇO DAS PALMEIRAS RESIDENCE HOTEL LTDA
Rua Assad Salha Nº 811 Lagoa Nova
NATAL / RN – CEP 59 062-610



ASSOCIAÇÃO ESPÍRITA ENVIADOS DE JESUS
 Fundado em 25/12/1952 – CNPJ 08.430.951/0001-02
LAR ESPÍRITA DA VOVOZINHA
 Fundado em 25/12/1981
 Avenida Antônio Basílio, nº. 1264, Dix-Sept Rosado - Natal/RN.
 Tel. 3223-1907 - CEP 59.054-380 - e-mail: lardavovozinha@gmail.com

MISSÃO

Ser uma alternativa para acolher idosos excluídos do meio familiar agindo como agentes intermediários na administração e busca de recursos necessários a sua manutenção e resgate de sua cidadania e sua afetividade junto aos seus familiares. Fortalecer os laços dos funcionários com a Instituição e colaborar com o desenvolvimento do país

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^ª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

Tomé Sergio Martins da Silva

Nome do responsável pelo estabelecimento

Tomé Sergio Martins da Silva
Presidente

Cargo



MORRO BRANCO HOSPEDAGEM GERIÁTRICA
CNPJ: 11149303/0001- 97
AVENIDA XAVIER DA SILVEIRA, 369 – TIROL
TEL: 3082- 3406/ 8837- 7126

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^ª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado “**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**”, nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.


Nome do responsável pelo estabelecimento

NC CARVALHO DE OLIVEIRA

Nácia Cristina Carvalho de Oliveira
Diretora Administrativa

Cargo

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Profª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado **INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**, nesta instituição.

Natal, 05 de Março de 2012

Ewerton Paulino de O. Filho
Nome do responsável pelo estabelecimento

Diretor geral
Cargo

OLIVEIRAS RESIDENCIAL LTDA
CNPJ: 09.308.244/0001-00
Ewerton Paulino de O. Filho
CPF 064.780.964-57 RG. 1.856.186 SSP/RN



Centro Sócio Pastoral N. Sra. da Conceição

Rua João XXIII - s/n- Mãe Luiza - 59.014-250 - Natal / RN
 Utilidade pública municipal (Lei 3.558 - 06.07.87) e estadual (Lei 5.596 - 23.07.87).
 Conselho Nacional de Assistência Social (D.O.U. de 24.07.98 - Seção I)
 ☎ (84) 3202-2992 - CNPJ 09.428.764/0001-57

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^ª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado - **INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?** - nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.

Loyse Madeleine Raboud Mascarenhas de Andrade

Centro Sócio Pastoral N. Sra. da Conceição
 Rua João XXIII - s/n - Mãe Luiza - CEP: 59.014-250 - Natal/RN
 (84) 3202-2992

Assistente Social

VIVIER HOTELARIA GERIÁTRICA

Matriz: Rua: Raimundo Chaves, 1858 – Candelária - CEP: 59064-390 – Fone: (84) 3206 1285

Filial: Rua: Luciano Bahia, 10 – Capim Macio - CEP: 59082-290 – Fone: (84) 3219 0313

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Profª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu trabalho na instituição: **INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**, nesta instituição.

Natal, 30 de Março de 2012

09.271 561/0001-26

DANIELA WEFER MACEDO

Rua Raimundo Chaves, 1858

Candelária - Natal - RN

Nome do responsável pelo Estabelecimento

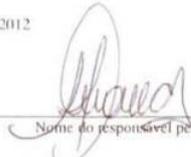
Responsável Gerência Instituição

Cargo

AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Profª Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado **INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?** nesta instituição.

Natal, 12 de Março de 2012


Nome do responsável pelo estabelecimento

Director Administrativo
Cargo

08.116.961/0001-78

RESIDENCIAL GERIÁTRICO DA MELHOR IDADE

Rua General Dilecoro Valo, 363
Capim Macio - CEP 59.082-350
NATAL - RN

Av. Poços de Caldas, 3001, Conjunto Pirangi
59088-510 Natal, RN, Brasil
CGC 08.589.186/0001-78
larevangélico.lae@bol.com.br
Telefones 055- 84 217.3905 e 217.7590

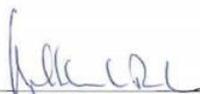
Entidade de Utilidade Pública Reconhecida:
Lei Municipal 5.092 de 20.04.1999
Lei Estadual 5.288 de 05.09.1984
Decreto Federal 3.415 de 19.04.2000.



AUTORIZAÇÃO

Declaro que estou ciente e autorizo a Prof^a Dra. Lára de Melo Barbosa a realizar seu estudo intitulado "**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ABANDONO OU UMA NECESSIDADE FAMILIAR?**", nesta instituição.

Natal, 19 de Julho de 2012.



Aginaldo de Andrade Ramos Júnior
Presidente do LAE

ANEXOS

ANEXO A
QUESTIONÁRIO: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO			
Número do questionário:	_____		[]
Nome do entrevistador:	_____		[]
Data de aplicação:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)		
Local de aplicação:	_____		[]
Questões			
001	Nome da instituição: _____		[]
001	a) Qual a origem dos recursos financeiros para a manutenção da instituição? 1. Doações 2. Mensalidades 3. Convênio Estadual 4. Convênio Municipal 5. Reversão judicial 6. Outros: _____		[]
002	Tipo de vínculo do idoso na instituição. 1. Particular 2. Filantrópico 3. Outros: _____ a) Em média quantos anos o idoso vive na instituição _____ anos		[]
003	Cargo que ocupa o respondente na instituição. 1. Gerente 2. Proprietário (a) 3. Médico (a)/ Enfermeiro (a) 4. Outros: _____		[]
004	Quantos idosos estão atualmente internos na instituição?	a) Quantos homens? _____	[]
		a.1) De 55 a 79 anos: _____ a.2) 80 e mais: _____	[]
		b) Quantas mulheres? _____	[]
	b.1) De 60 a 79 anos: _____ b.2) 80 e mais: _____		[]
005	Destes idosos, quantos são totalmente dependentes dos cuidadores? _____		[]
006	Em sua opinião, qual o principal motivo para os idosos serem institucionalizados? 1. A família não ter mais condições de proporcionar uma boa qualidade de vida ao idoso 2. Violência contra o idoso 3. Não ter família 4. A família ter mais condição de cuidar da saúde do idoso 5. A família só ter idoso 6. Outros: _____		[]
007	Quantos cuidadores fixos existem na instituição?		[]
008	Qual a principal qualificação que o cuidador deve ter para ser contratado pela instituição? 1. Ter experiência 2. Se identificar com o idoso 3. Ter o Curso de cuidador 4. Outros: _____		[]
009	Quantos leitos existem disponíveis na instituição, incluindo os ocupados? Total de leitos existentes: _____	9.1. Masculino: _____ 9.2. Feminino: _____	[]
010	Quantos profissionais da área da saúde (médicos, técnicos de enfermagem, etc.) existem na instituição? Entrevistador: Colocar a quantidade total de cada especialidade. 10.1. Técnico de enferm.: _____ 10.2. Cuid. de idosos: _____ 10.3. Geriatria : _____ 10.4. Farmacêutico : _____ 10.5. Nutricionista: _____ 10.6. Enfermeiro (a): _____ 10.7. Terapeuta ocupacional : _____ 10.8. Assistente social: _____ 10.9. Psicólogo (a): _____ 10.10. Fisioterapeuta: _____ 10.11. Clínico Geral: _____ 10.12. Outros: _____		[]
011	Quais os serviços e/ou atividades a instituição oferece para os idosos? 1. Sim 2. Não Entrevistador: Colocar 1 (Sim) ou 2 (Não) para cada serviço e/ou atividade. 11.1. Moradia: [] 11.2. Alimentação: [] 11.3. Lazer: [] 11.4. Passeios : [] 11.5. Confraternização: [] 11.6. Serviço religioso: [] 11.7. Acompanhamento médico: [] 11.8. Lavagem de roupas: [] 11.9. Educação (Cursos e alfabetização): [] 11.10. Outros: _____		[]
012	Você acredita que passando o impacto inicial, a maioria dos idosos se adaptam de forma espontânea ou resignada? 1. Resignada 2. Espontânea 3. Não se adaptam. 4. Outros: _____		[]
013	Qual o período médio de adaptação dos idosos, em sua opinião? _____ dias		[]

ANEXO B

QUESTIONÁRIO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR

FORMAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR DE IDOSOS

Número do questionário:	_ _ _ _	[]
Nome do entrevistador:	_____	[]
Código do cuidador:	_____	[]
Data de aplicação :	_ _ / _ _ / _ _ _ _ - (dd/mm/aaaa)	
Local de aplicação:	_____	[]

Questões

001	Sexo.	1. Masculino	2. Feminino	[]			
002	Em que dia, mês e ano você nasceu?	_ _ / _ _ / _ _ _ _ - (dd/mm/aaaa)		[]			
003	Qual é o seu último grau de instrução concluído?	1. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino médio incompleto 5. Superior incompleto 7. Pós-graduação	2. Ensino fund. completo 4. Ensino médio completo 6. Superior completo 98. NS 99. NR	[]			
004	Atualmente, você está estudando (frequentando colégio, escola técnica, faculdade, universidade ou cursinho)?	1. Sim.	2. Não	[]			
005	No que diz respeito a sua cor/raça/etnia como você se classifica?	1. Branco (a) 5. Indígena	2. Pardo (a) 98. NS	3. Negro (a) 99. NR	4. Amarelo (a)	[]	
006	Qual é a renda familiar (incluindo trabalho, pensão, aposentadoria, aluguel, etc...)?	1. Menos de 1 SM 3. Mais de 3 a 6 SM 5. Mais de 10 SM a 15 SM 7. Mais de 20 SM	2. De 1 a 3 SM 4. Mais de 6 a 10 SM 6. Mais de 15 SM a 20 SM 98. NS 99. NR	[]			
007	Seu trabalho aqui na instituição é sua principal fonte de renda?	1. Sim.	2. Não.	[]			
008	Atualmente, qual sua situação conjugal?	1. Solteiro (a) 5. Separado (a)	2. Casado (a) 6. Viúvo (a)	3. Unido (a) 98. NS	4. Divorciado (a) 99. NR	[]	
009	Quantos filhos vivos você tem?				[]		
010	Qual sua religião?	1. Nenhuma 5. Afro-brasileira	2. Católica 6. Espírita Kardecista	3. Protestante 7. Agnóstico	4. Judaísmo 98. NS 99. NR	8. Outros: _____	[]
011	Como você se sente, em relação ao trabalho que vem realizando aqui na instituição, como cuidador de idosos?	1. Muito Insatisf. (a) 5. Muito Satisfeito (a)	2. Insatisf. (a) 98. NS	3. Indiferente 99. NR	4. Satisfeito (a)	[]	
012	A quanto tempo você é cuidador de idosos (em anos completos)?				[]		
013	Qual foi o principal motivo que o fez ser cuidador de idosos?	_____			[]		
014	Quantos idosos atualmente você cuida nesta instituição?				[]		
015	Você fez algum curso específico para cuidador de idosos?	1. Sim.	2. Não	[]			
016	Qual sua carga horária semanal aqui na instituição?				[]		
017	Qual seu vínculo empregatício com a instituição?	1. Carteira assinada 5. Outros: _____	2. Contr. por tempo determinado	3. Estágio 98. NS	4. Sem vínculo 99. NR	[]	
018	Você pensa em deixar de ser cuidador de idosos?	1. Sim.	2. Não.	[]			
019	Se SIM, Por quê? _____				[]		
020	Comentários: _____				[]		

ANEXO C

QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SF-36

QUALIDADE DE VIDA - SF-36

RESULTADOS	<i>Capacidade funcional</i>	[]	[]
	<i>Limitação por aspectos físicos</i>	[]	
	<i>Dor.</i>	[]	
	<i>Estado geral de saúde.</i>	[]	
	<i>Vitalidade.</i>	[]	
	<i>Aspectos sociais.</i>	[]	
	<i>Limitação por aspectos emocionais.</i>	[]	
<i>Saúde Mental</i>	[]		

Número do questionário:	_____	[]
Nome do entrevistador:	_____	[]
Código do cuidador:	_____	[]
Data de aplicação:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)	
Local de aplicação:	_____	[]

Questões

001	Em geral você diria que sua saúde é...	1. Excelente	2. Muito boa	3. Boa	4. Ruim	5. Muito ruim	[]
002	Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?	1. Muito melhor	2. Um pouco melhor	3. Quase sempre a mesma	4. Um pouco pior	5. Muito pior	[]

Instruções: Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum, Devido à saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades/ Neste caso, quando ?

003	Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum	Resposta
a)	Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3	[]
b)	Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	[]
c)	Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3	[]
d)	Subir vários lances de escada.	1	2	3	[]
e)	Subir um lance de escada.	1	2	3	[]
f)	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3	[]
g)	Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3	[]
h)	Andar vários quarteirões.	1	2	3	[]
i)	Andar um quarteirão.	1	2	3	[]
j)	Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3	[]

Instruções: Durante as últimas semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

004	Atividades	SIM	NÃO	Resposta
a)	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	[]
b)	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	[]
c)	Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2	[]
d)	Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2	[]

Instruções: Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou

005	Atividades	SIM	NÃO	Resposta
a)	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	[]
b)	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	[]
c)	Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	[]

006	Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?	1. De forma nenhuma	2. Ligeiramente	3. Moderadamente	4. Bastante	5. Extremamente	[]	
007	Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?	1. Nenhuma	2. Muito leve	3. Leve	4. Moderada	5. Grave	6. Muito Grave	[]
008	Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo dentro de casa)?	1. De maneira nenhuma	2. Um pouco	3. Moderadamente	4. Bastante	5. Extremamente	[]	

Instruções: Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas; Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você sente, em relação às últimas 4 semanas ?

009	Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	Resposta
a)	Quanto tempo você tem se sentido cheio (a) de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6	[]
b)	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	[]
c)	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	[]
d)	Quanto tempo você tem se sentido calmo (a) ou tranquilo (a)?	1	2	3	4	5	6	[]
e)	Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	[]
f)	Quanto tempo você tem se sentido desanimado (a) ou abatido (a)?	1	2	3	4	5	6	[]
g)	Quanto tempo você tem se sentido esgotado (a)?	1	2	3	4	5	6	[]
h)	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	[]
i)	Quanto tempo você tem se sentido cansado (a)?	1	2	3	4	5	6	[]
010	Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?	1. Todo o tempo	2. A maior parte do tempo	3. Alguma parte do tempo	4. Um pequena parte do tempo	5. Nenhuma parte do tempo	[]	

Instruções: O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

011	Afirmções	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso	Resposta
a)	Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5	[]
b)	Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5	[]
c)	Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5	[]
d)	Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5	[]

ANEXO D
QUESTIONÁRIO: ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA
DIÁRIA: ÍNDICE DE KATZ

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA - KATZ

RESULTADO (somatória dos "SIM")	<i>Independência (5 a 6)</i>	[]
	<i>Dependência parcial (3 a 4)</i>	
	<i>Dependência importante (0 a 2)</i>	

Número do questionário:	_____	[]
Nome do entrevistador:	_____	[]
Código do idoso:	_____	[]
Código do cuidador:	_____	[]
Data de aplicação:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)	
Local de aplicação:	_____	[]

Instruções : Por favor, serão feitas algumas perguntas sobre atividades do seu dia-a-dia e gostaria que respondesse da melhor forma possível

<i>Atividade</i>		<i>Questões</i>	<i>SIM</i> 1	<i>NÃO</i> 0	<i>Nome de quem ajuda</i>	<i>Grau de parentesco com o idoso</i>
001	Em relação ao Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	()	()		
002	Em relação a Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	()	()		
003	Quanto a Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	()	()		
004	Em relação a Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	()	()		
005	Quanto a Continência	Controla completamente urina e fezes.	()	()		
006	Em relação a Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	()	()		

ANEXO E
QUESTIONÁRIO: CAREGIVER ABUSE SCREEN - CASE

CAREGIVER ABUSE SCREEN (CASE)		
RESULTADO (somatória dos "SIM")		[]
Número do questionário:	_ _ _ _	[]
Nome do entrevistador:	_____	[]
Código do cuidador:	_____	[]
Data de aplicação:	_ _ / _ _ / _ _ _ _ - (dd/mm/aaaa)	
Local de aplicação:	_____	[]
<i>Questões</i>	<i>SIM</i> 1	<i>NÃO</i> 0
001	Você às vezes encontra dificuldade em fazer com que a pessoa que você cuida controle sua irritação ou agressividade?	()
002	Você muitas vezes se sente forçado (a) a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam?	()
003	Você acha difícil controlar o comportamento da pessoa que você cuida?	()
004	Você às vezes se sente forçado (a) a ser bruto (a) com a pessoa que você cuida?	()
005	Você às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para a pessoa que você cuida?	()
006	Você muitas vezes acha que tem de rejeitar ou ignorar a pessoa que você cuida?	()
007	Você muitas vezes se sente tão cansado (a) e exausto (a) que não consegue dar conta das necessidades da pessoa que você cuida?	()
008	Você muitas vezes acha que tem de gritar com a pessoa que você cuida?	()

ANEXO F

CÁLCULO PARA OBTENÇÃO DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36

Como já mencionado, o questionário SF-36, que revela os aspectos da qualidade de vida, é composto por 36 questões, e engloba oito escalas (componentes ou domínios) em dois grandes aspectos. O procedimento para o cálculo das escalas e dos aspectos se inicia com a identificação das questões dos componentes: aspectos físico e mental. Os componentes do aspecto físico e suas respectivas questões são:

- Capacidade funcional (questão nº 03);
- Dor (questão nº 07 + questão nº 08);
- Estado geral da saúde (questão nº 01 + questão nº 11);
- Limitação por aspectos físicos (questão nº 04).

Já o aspecto mental envolve:

- Vitalidade (questão nº 09 – somente os itens: a + e + g + i);
- Aspectos sociais (questão nº 06 + questão nº 10);
- Limitação por aspectos emocionais (questão nº 05);
- Saúde mental (questão nº 09 – somente os itens: b + c + d + f + h).

Depois de preenchido o questionário, é necessário transformar as respostas em escores, ponderando-as, de forma a obter os valores dos oito domínios, ou *Raw Scale* – assim denominado porque o valor final é adimensional. Isso é feito basicamente em duas etapas.

A primeira etapa consiste na ponderação das respostas de cada questão, de acordo com o que se segue:

- Na questão 01 : se a resposta for (1), a pontuação será (5); se for (2), a pontuação será (4,4); se for (3), a pontuação será (3,4); se for (4), a pontuação será (2); e, se for (5), a pontuação será (1).

- Na questão 02 : os valores devem permanecer os mesmos.

- Na questão 03 : os valores devem ser somados.

- Na questão 04 : os valores devem ser somados.

- Na questão 05 : os valores devem ser somados.

- Na questão 06 : se a resposta for (1), a pontuação será (5); se for (2), a pontuação será (4); se for (3), a pontuação será (3); se for (4), a pontuação será (2); e, se for (5), a pontuação será (1).

- Na questão 07 : se a resposta for (1), a pontuação será (6); se for (2), a pontuação será (5,4); se for (3), a pontuação será (4,2); se for (4), a pontuação será (3,1); se for (5), a pontuação será (2); e, se for (6), a pontuação será (1).

- Na questão 08: o escore dependerá da resposta da questão 7, portanto: se a resposta da questão 07 for (1) e se a questão 08 for (1), o escore da questão será (6); se a resposta da questão 07 for de (2 a 6) e se a questão 08 for (1), o escore da questão será (5); se a resposta da questão 07 for de (2 a 6) e se a questão 08 for (2), o escore da questão será (4); se a resposta da questão 07 for de (2 a 6) e se a questão 08 for (3), o escore da questão será (3); se a resposta da questão 07 for de (2 a 6) e se a questão 08 for (4), o escore da questão será (2); se a resposta da questão 07 for de (2 a 6) e se a questão 08 for (5), o escore da questão será (1). Se a questão 07 não for respondida, o escore da questão 08 será: (6) se a resposta for (1); (4,75) se a resposta for (2); (3,5) se a resposta for (3); (2,25) se a resposta for (4); (4,75) se a resposta for (2); e (1) se a resposta for (5).

- Na questão 09 : os itens (a, d, e, h) assumiram os escores: se a resposta for (1), a pontuação será (6); se for (2), a pontuação será (5); se for (3), a pontuação será (4); se for (4), a pontuação será (3); se for (5), a pontuação será (2); e, se for (6), a pontuação será (1). Para os demais itens (b, c, f, g, i) os valores deverão ser mantidos.

- Na questão 10 : Os valores devem permanecer os mesmos.

- Na questão 11 : Os itens (b, d): se a resposta for (1), a pontuação será (5); se for (2), a pontuação será (4); se for (3), a pontuação será (3); se for (4), a pontuação será (2); e se for (5), a pontuação será (1). Os demais deverão ser somados.

Na segunda etapa é realizado o cálculo do *Raw Scale*, transformando o valor dos escores obtidos em notas que variam de 0 (zero) a 100 (cem), sendo o zero correspondente ao pior e o cem ao melhor valor para cada domínio (WARE e SHERBOURNE, 1992 *apud* MONTEIRO et al., 2011).

Para a obtenção dos valores de cada domínio, é necessária a aplicação da fórmula:

$$Domínio = \left[\frac{(Valor\ obtido\ na(s)\ questão\ (ões) - Limite\ inferior)}{Variação} \right] \times 100 \quad (13)$$

Os valores do limite inferior e da variação (*score range*) são fixos e tabelados, de acordo com o tipo de domínio.

Para o domínio 1 (Capacidade funcional) : Limite inferior = 10 e Variação = 20.

Para o domínio 2 (Limitação por aspectos físicos) : Limite inferior = 4 e Variação = 4.

Para o domínio 3 (Dor) : Limite inferior = 2 e Variação = 10.

Para o domínio 4 (Estado geral de saúde) : Limite inferior = 5 e Variação = 20.

Para o domínio 5 (Vitalidade) : Limite inferior = 4 e Variação = 20.

Para o domínio 6 (Aspectos sociais) : Limite inferior = 2 e Variação = 8.

Para o domínio 7 (Limitação por aspectos emocionais) : Limite inferior = 3 e Variação = 3.

Para o domínio 8 (Saúde mental): Limite inferior = 5 e Variação = 25.

Cabe salientar que a questão 02 não entra nos cálculos dos domínios, pois serve apenas para comparação do estado de saúde geral do indivíduo em relação a um ano atrás. Ademais, pode-se considerar a questão que estiver com no mínimo 50% dos seus itens preenchidos.

ANEXO G

OUTROS INDICADORES DO ENVELHECIMENTO DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

Proporção dos segmentos etários: jovens, adultos e idosos por bairro.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela G1, as mais elevadas proporções da população jovem, em 2000, obtidas em Natal, localizaram-se nos bairros Guarapes (40,7%), Salinas (40,2%) e Planalto (38,0%), situados nas zonas Oeste e Norte. Em 2010, Guarapes (32,4%), Salinas (32,1%) e Nossa Senhora da Apresentação (27,6%) foram os bairros que apresentaram os mais elevados percentuais de jovens no município. Entretanto, cabe salientar que os percentuais de jovens tiveram uma queda significativa em uma década – em média 6,9% –, indicando um processo de envelhecimento no município. Quanto à redução desse segmento (jovem) nas zonas, destacam-se os bairros: Planalto (zona Oeste) – com uma redução em torno de 10,7% na proporção de jovens; Ribeira (zona Leste) – com uma redução em torno de 8,6% na proporção de jovens; Pitimbu (zona Sul) – com uma redução em torno de 9,8% na proporção de jovens; e Pajuçara (zona Norte) – com uma redução em torno de 9,0% na proporção de jovens.

Quanto à proporção do segmento populacional “idoso”, destacaram-se os bairros: Candelária (18,8%), Dix-Sept Rosado (16,3%) e Salinas (15,9%), como os que apresentaram proporções mais expressivas de idosos em 2000. Vale ressaltar que o bairro Salinas representava apenas 0,1% do total populacional natalense em 2000. Em 2010, os bairros de Candelária (23,2%) e Dix-Sept Rosado (19,5%) também apresentaram valores elevados na proporção de idosos, seguidos de perto pela Cidade da Esperança, com 18,3% de idosos. De uma forma geral, ocorreram aumentos da proporção de idosos nos bairros entre 2000 e 2010, em média 2,9% de acréscimo. Destacam-se, quanto ao aumento da proporção de idosos, os bairros: Pajuçara (zona Norte) – com um aumento em torno de 5,3% na proporção de idosos; Pitimbu (zona Sul) – com um aumento em torno de 7,2% na proporção de idosos; Petrópolis (zona Leste) – com um aumento em torno de 5,8% na proporção de idosos; e Nordeste (zona Oeste) – com um aumento em torno de 5,5% na proporção de idosos.

Quanto à proporção do segmento adulto, destacam-se os bairros: Nossa Senhora da Apresentação e Potengi, na zona Norte – com um aumento em torno de 6,0% no período (2000 a 2010); Nova Descoberta, na zona Sul – com um aumento em torno de 7,3%; Tirol, na zona Leste – com um aumento em torno de 9,0%; e Bom Pastor, na zona Oeste – com um aumento em torno de 8,6%.

Tabela G1. Proporção (%) de jovens, adultos e idosos por bairro em Natal/RN, 2000-2010.

Bairro	Jovem		Adulto		Idoso	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Alecrim	22,5	16,8	61,8	65,2	9,6	13,6
Areia Preta	22,8	15,7	64,9	71,2	9,6	11,0
Barro Vermelho	18,4	13,7	62,3	66,3	12,3	14,1
Bom Pastor	32,1	25,4	62,4	71,0	14,2	14,3
Candelária	19,2	13,6	65,4	65,2	18,8	23,2
Capim Macio	20,5	12,2	63,6	67,1	13,6	17,2
Cidade Alta	23,8	17,1	59,2	64,7	7,0	9,6
Cidade da Esperança	25,2	18,9	65,7	67,9	14,5	18,3
Cidade Nova	33,8	26,1	61,2	66,9	14,9	16,0
Dix-Sept Rosado	27,6	21,5	63,9	66,1	16,3	19,5
Felipe Camarão	35,4	27,4	63,5	67,7	14,0	15,5
Guarapes	40,7	32,4	62,0	65,0	10,7	13,0
Igapó	31,2	23,5	61,3	65,9	9,4	11,8
Lagoa Azul	33,6	26,1	60,8	65,4	7,1	9,2
Lagoa Nova	19,3	14,5	64,3	67,3	10,5	13,7
Lagoa Seca	19,9	14,4	63,6	67,3	8,8	11,3
Mãe Luíza	33,8	25,7	69,3	69,3	11,4	16,2
Neópolis	20,9	14,9	67,0	68,6	9,5	13,5
Nordeste	29,3	22,4	70,7	70,7	10,1	15,6
Nossa Senhora da Apresentação	35,3	27,6	60,7	66,7	5,5	7,2
Nossa Senhora de Nazaré	25,0	19,9	59,3	65,7	5,3	6,9
Nova Descoberta	23,4	17,9	54,9	62,2	4,4	5,4
Pajuçara	34,8	25,9	68,7	73,3	7,4	12,7
Petrópolis	15,7	11,7	70,4	70,6	8,6	14,4
Pitimbu	23,9	14,1	72,2	73,2	7,4	14,6
Planalto	38,0	27,4	67,9	70,4	6,7	10,9
Ponta Negra	25,4	18,7	62,5	68,0	6,3	8,4
Potengi	25,4	19,6	60,5	66,5	4,2	6,0
Praia do Meio	25,5	17,8	67,5	69,0	7,1	11,4
Quintas	27,2	22,0	54,1	59,6	5,7	8,2
Redinha	36,3	27,4	61,8	67,0	4,7	7,0
Ribeira	23,4	14,7	61,2	68,2	3,9	5,9
Rocas	25,4	19,6	58,4	65,8	5,3	6,8
Salinas	40,2	32,1	65,7	69,8	15,9	16,5
Santos Reis	28,6	21,1	66,4	67,8	8,6	12,3
Tirol	19,8	13,8	58,6	67,6	3,4	5,1
Total	28,3	21,8	63,8	67,8	7,9	10,4

Fonte: Dados primários: Censos demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

Os bairros que concentram as maiores proporções de idosos variam de classe socioeconômica elitizada para as menos abastadas. Apesar dos perfis diferentes, todos eles necessitam de ações e políticas governamentais de adaptação à condição presente e principalmente futura, nas áreas de mobilidade urbana, infraestrutura e melhoria da acessibilidade, entre outras. Trata-se de adaptações extremamente necessárias para atender esse contingente envelhecido, cuja tendência é crescer.

Índice de Envelhecimento (IE)

De acordo com os valores calculados dos IEs (Tabela G3), os bairros que apresentaram os maiores valores, em 2000, foram: Petrópolis (para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos existiam 120 idosos), Barro Vermelho (para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos existiam 87 idosos) e Lagoa Seca (para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos existiam 82 idosos).

Em 2010, as posições dos bairros variaram pouco. Petrópolis, por exemplo, continuou em primeiro lugar no *ranking* dos bairros mais envelhecidos da cidade, apresentando 199 idosos para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos. Lagoa Seca passou para a segunda posição, revelando 136 idosos para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos. E em terceira posição, o bairro de Tirol mostrou 133 idosos para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos.

Ressalva-se que o bairro de Petrópolis, localizado na zona administrativa Leste, é reconhecidamente um bairro tradicional natalense, com bons indicadores sociais, figurando entre os bairros com as menores taxas de fecundidade (FRANÇA, 2001). O formato de sua pirâmide etária se assemelha ao dos países altamente desenvolvidos e com o processo de transição demográfica consolidado. É um bairro com uma população mais abastada economicamente (ASSIS, 2002). Oficializado em 30 de setembro de 1947, emancipado do então bairro “Cidade Nova” ou “Cidade das Lágrimas” – denominação dos opositores da época –, colonizado por trabalhadores imigrantes que vieram trabalhar na abertura da estrada Natal-Macaíba em fins do século XIX (NATAL, 2012), Petrópolis apresenta atualmente uma população residente de alto poder aquisitivo, concentrando as maiores rendas do município. O bairro ostenta hoje a melhor qualidade de vida da cidade, com altos espigões residenciais substituindo casas tradicionais, o que tem acarretado especulação imobiliária e verticalização; nele se concentra o comércio elitista natalense, e ainda, escritórios, consultórios médicos e hospitais particulares entre outros (IBGE, 2012; NATAL, 2012).

Cabe salientar que os bairros que apresentaram os maiores índices de envelhecimento são os que figuram entre os mais antigos e tradicionais. Dois deles (Petrópolis e Tirol) foram desmembrados do terceiro bairro criado em Natal e citado historicamente a partir de 1901; já o bairro de Lagoa Seca foi citado historicamente a partir de 1719, porém nascido oficialmente em 1947 (NATAL, 2012). Tido hoje como bairro de classe média emergente – status que conseguiu devido à expansão imobiliária e comercial vinda dos bairros Tirol e Petrópolis –, nele situam-se as maiores avenidas da cidade e o maior centro comercial – Shopping Center Midway (NATAL, 2009).

Ao compararmos os índices de envelhecimento desses bairros destacados com os índices do Brasil, das Grandes regiões, do Rio Grande do Norte e de Natal (Tabela G2) visualizamos a extrema superioridade do envelhecimento nesses bairros (Petrópolis, Lagoa Seca e Tirol) frente às outras unidades territoriais. O maior índice, o da região Sul – 55 idosos para cada 100 pessoas com idade abaixo dos 15 anos – representa em média 2,8 vezes menos do que os valores dos três bairros.

Tabela G2. Índice de envelhecimento, Razões de dependência idosa e Índice de longevidade para o Brasil, Grandes regiões, Rio Grande do Norte e Natal, 2010.

Local	Índice de Envelhecimento	Razão de dependência (60 anos e mais)	Índice de Longevidade
Brasil	44,8	15,7	39,1
Norte	21,8	10,6	36,4
Sudeste	54,6	16,9	39,5
Centro-Oeste	36,0	12,6	35,3
Sul	54,9	17,1	37,8
Nordeste	38,7	15,5	40,3
Rio Grande do Norte	43,6	16,0	42,2
<i>Natal</i>	48,0	14,7	41,5

Fonte: Dados primários: Censo demográfico 2010, IBGE.

Classificando-se os índices de envelhecimento (IE) calculados para os bairros de Petrópolis, Tirol e Lagoa Seca, em 2010, de acordo com as definições de Shyrock, Siegel e Larmon (1976) – Jovem (IE inferior a 15), Intermediário (IE entre 15 a 30) e Idoso (acima de 30) –, percebeu-se que esses bairros, atualmente, podem ser considerados idosos.

Tabela G3. Índice de envelhecimento por bairro em Natal/RN, 2000-2010.

Bairro	Índice de envelhecimento			
	2000 Valor do IE	2000 Classificação do IE	2010 Valor do IE	2010 Classificação do IE
<i>Zona administrativa Norte</i>				
Igapó	20,2	Intermediário	35,9	Idoso
Lagoa Azul	13,9	Jovem	26,8	Intermediário
Nossa Senhora da Apresentação	11,8	Jovem	21,7	Intermediário
Pajuçara	11,2	Jovem	22,7	Intermediário
Potengi	27,9	Intermediário	58,4	Idoso
Redinha	14,6	Jovem	24,9	Intermediário
Salinas	14,1	Jovem	25,7	Intermediário
<i>Zona administrativa Sul</i>				
Candelária	52,5	Idoso	114,5	Idoso
Capim Macio	36,1	Idoso	119,4	Idoso
Lagoa Nova	58,7	Idoso	111,8	Idoso
Neópolis	41,3	Idoso	96,6	Idoso
Nova Descoberta	40,6	Idoso	75,4	Idoso
Pitimbu	31,0	Idoso	90,2	Idoso
Ponta Negra	26,4	Intermediário	58,3	Idoso
<i>Zona administrativa Leste</i>				
Alecrim	62,1	Idoso	92,7	Idoso
Areia Preta	59,5	Idoso	109,1	Idoso
Barro Vermelho	86,7	Idoso	120,5	Idoso
Cidade Alta	62,6	Idoso	93,4	Idoso
Lagoa Seca	81,7	Idoso	135,9	Idoso
Mãe Luíza	20,6	Intermediário	37,2	Idoso
Petrópolis	119,5	Idoso	198,8	Idoso
Praia do Meio	37,6	Idoso	62,0	Idoso
Ribeira	60,9	Idoso	97,2	Idoso
Rocas	48,5	Idoso	71,8	Idoso
Santos Reis	33,5	Idoso	64,5	Idoso
Tirol	73,1	Idoso	133,2	Idoso
<i>Zona administrativa Oeste</i>				
Bom Pastor	22,3	Intermediário	36,4	Idoso
Cidade da Esperança	41,4	Idoso	72,7	Idoso
Cidade Nova	16,2	Intermediário	27,6	Intermediário
Dix-Sept Rosado	32,0	Idoso	52,6	Idoso
Felipe Camarão	15,1	Intermediário	25,1	Intermediário
Guarapes	10,7	Jovem	16,6	Intermediário
Nordeste	32,0	Idoso	52,5	Intermediário
Nossa Senhora de Nazaré	34,5	Idoso	61,8	Idoso
Planalto	9,0	Jovem	18,5	Intermediário
Quintas	39,3	Idoso	58,9	Idoso
Total	27,9	Intermediário	47,9	Idoso

Fonte: Dados primários: Censos demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

Se analisarmos os bairros dentro de sua zona administrativa, temos que, na zona Norte, o bairro que se apresentou mais envelhecido foi o Potengi, acompanhado de Igapó, ambos considerados, de acordo com a classificação de Shyrock et al. (1976), como idosos. Por outro lado, os que apresentaram os menores indicadores do envelhecimento foram Nossa Senhora da Apresentação e Pajuçara, ambos considerados intermediários.

Na zona Sul, temos os bairros Capim Macio e Candelária, como os detentores dos maiores índices, contrapondo-se aos bairros de Ponta Negra e Nova Descoberta, que detêm os

menores índices. Vale ressaltar que todos os bairros, nesta zona, em 2010, foram considerados idosos.

Na zona Leste, apesar de todos os bairros também serem considerados idosos, ressaltam-se os bairros Petrópolis e Lagoa Seca, com os maiores índices, ao passo que os bairros Mãe Luiza e Praia do Meio apresentaram os menores índices.

Na zona Oeste, destacaram-se os bairros Cidade da Esperança e Nossa Senhora de Nazaré, com os maiores índices, enquanto os bairros Guarapes e Planalto apresentaram os menores índices.

De uma forma geral, percebeu-se que as zonas Norte e Oeste apresentaram os menores valores nos índices de envelhecimento, enquanto as zonas Leste e Sul apresentaram os maiores valores.

Razão de Dependência Idosa (RDI)

Observando-se os valores das razões de dependência idosa dos 60 anos e mais (Tabela F4), em 2000, percebemos que os bairros que apresentaram maiores razões foram: Petrópolis – com 27 idosos para 100 pessoas de idade de 15 a 64 anos (não dependentes), Lagoa Seca – com 24 idosos para cada 100 pessoas não dependentes, e Cidade Alta – com 23 idosos para 100 pessoas não dependentes. No ano de 2010, os mesmos bairros obtiveram as três maiores razões, com exceção do bairro de Tirol, que ocupou a terceira posição, apresentando 25 idosos para 100 pessoas não dependentes.

Comparando as razões de dependência dos 60 anos e mais de 2010 dos bairros com as do Brasil, das Grandes regiões brasileiras, do Rio Grande do Norte e de Natal (Tabela G4), identificaram-se 18 bairros com razões superiores ao maior índice – o da região Sul –, sinalizando uma tendência de dependência idosa muito elevada no município.

Dentro das zonas administrativas, temos que, na zona Norte, o bairro do Potengi apresentou a razão de dependência idosa, o maior valor, em ambos os anos (2000 e 2010). Por outro lado, o bairro de Pajuçara figura entre os que apresentaram os menores indicadores.

Na zona Sul, verificou-se que o bairro de Lagoa Nova foi o detentor do maior valor de razão de dependência idosa, enquanto o bairro de Ponta Negra se apresentou com o menor valor.

Na zona Leste, o bairro Petrópolis novamente foi o detentor do maior valor de razão de dependência idosa no período, contrapondo-se ao bairro de Mãe Luiza, que se apresentou com o menor valor.

Na zona Oeste, o bairro das Quintas e Cidade da Esperança detiveram os maiores indicadores, no período estudado, enquanto o bairro do Planalto é o detentor do menor valor.

Tabela G4. Razões de dependência idosa (60 e mais, 70 e mais, 80 e mais e 90 e mais) por bairro em Natal/RN, 2000-2010.

Bairro	Razão de dependência 60 e mais	
	2000	2010
<i>Zona administrativa Norte</i>		
Igapó	9,7	11,9
Lagoa Azul	7,4	10,0
Nossa Senhora da Apresentação	6,8	8,7
Pajuçara	6,2	8,4
Potengi	10,2	15,6
Redinha	8,8	10,0
Salinas	10,1	13,2
<i>Zona administrativa Sul</i>		
Candelária	13,6	20,4
Capim Macio	9,9	18,5
Lagoa Nova	15,6	21,8
Neópolis	11,8	19,0
Nova Descoberta	13,6	18,5
Pitimbu	10,4	16,3
Ponta Negra	9,6	14,7
<i>Zona administrativa Leste</i>		
Alecrim	20,8	21,6
Areia Preta	20,2	23,9
Barro Vermelho	22,7	22,2
Cidade Alta	23,2	22,4
Lagoa Seca	24,0	27,6
Mãe Luíza	11,3	14,2
Petrópolis	27,1	32,4
Praia do Meio	14,2	14,7
Ribeira	21,6	19,2
Rocas	18,8	20,2
Santos Reis	14,9	19,7
Tirol	20,9	25,2
<i>Zona administrativa Oeste</i>		
Bom Pastor	11,3	13,5
Cidade da Esperança	15,5	19,3
Cidade Nova	8,8	10,4
Dix-Sept Rosado	13,3	15,9
Felipe Camarão	8,7	10,1
Guarapes	7,8	8,4
Nordeste	14,6	17,0
Nossa Senhora de Nazaré	12,5	17,2
Planalto	5,7	7,3
Quintas	16,5	18,9
Total	11,9	14,7

Fonte: Dados primários: Censos demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

Índice de Longevidade (IL)

O índice de longevidade que estabelece uma relação (peso) entre os idosos mais jovens (65 anos e mais) sobre os idosos menos jovens (75 anos e mais), quando calculado neste trabalho, mostrou que, em 2000, os três bairros com maiores índices foram: Ribeira –

para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 49 idosos de 75 anos e mais, Cidade Alta – para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 48 idosos de 75 anos e mais, e Lagoa Seca – para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 47 idosos de 75 anos e mais, conforme resultados da Tabela G5. Já em 2010, os três maiores índices foram obtidos nos bairros de Areia Preta – para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 53 idosos de 75 anos e mais, Petrópolis – para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 52 idosos de 75 anos e mais; na terceira posição ficaram os bairros da Ribeira e Cidade Alta – para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 50 idosos de 75 anos e mais.

Por outro lado, os bairros que apresentaram os menores indicadores foram: Mãe Luiza, Capim Macio e Nordeste em 2000, e Salinas, Guarapes e Capim Macio, em 2010.

Observando os valores do índice de longevidade do Brasil, das Grandes regiões, do Rio Grande do Norte e de Natal, para 2010, percebeu-se que o menor valor, o da região Centro Oeste – para cada 100 pessoas de 65 anos e mais existiam aproximadamente 35 idosos de 75 anos e mais –, supera os valores de somente dois bairros – Salinas e Guarapes –, ao passo que em todos os demais bairros esse indicador superou as unidades territoriais. Isso significa que, além da característica idosa, o envelhecimento se dá com uma maior longevidade, ou seja, os idosos são mais velhos.

Tabela G5. Índice de longevidade por bairro em Natal/RN, 2000-2010.

Bairro	Índice de Longevidade	
	2000	2010
<i>Zona administrativa Leste</i>		
Alecrim	45,5	47,9
Areia Preta	44,5	53,1
Barro Vermelho	39,8	44,6
Cidade Alta	47,5	50,2
Lagoa Seca	47,1	48,6
Mãe Luíza	34,3	37,1
Petrópolis	45,8	51,7
Praia do Meio	37,9	43,2
Ribeira	49,1	50,2
Rocas	41,1	43,2
Santos Reis	38,4	41,9
Tirol	42,8	49,4
<i>Zona administrativa Norte</i>		
Igapó	42,2	43,5
Lagoa Azul	39,9	38,4
Nossa Senhora da Apresentação	39,2	38,5
Pajuçara	37,6	40,3
Potengi	40,1	38,8
Redinha	42,3	36,9
Salinas	46,9	29,7
<i>Zona administrativa Oeste</i>		
Bom Pastor	39,4	38,3
Cidade da Esperança	41,6	42,5
Cidade Nova	39,0	37,2
Dix-Sept Rosado	44,0	39,0
Felipe Camarão	37,7	39,7
Guarapes	38,6	34,1
Nordeste	36,4	46,8
Nossa Senhora de Nazaré	43,7	37,4
Planalto	39,7	37,6
Quintas	45,7	44,7
<i>Zona administrativa Sul</i>		
Candelária	43,2	40,6
Capim Macio	35,6	36,6
Lagoa Nova	39,1	42,7
Neópolis	43,6	39,1
Nova Descoberta	39,4	41,3
Pitumbu	37,1	39,1
Ponta Negra	37,7	36,9
Total	41,2	41,5

Fonte: Dados primários: Censos demográficos de 2000 e 2010, IBGE.

ANEXO H

TABELAS EXTRAS

Tabela H1. Idades mínima e máxima dos idosos assistidos nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.

Variável	Natureza	Média	Desvio padrão
Idade Mínima	Geral	65,2	8,0
	Privada	60,4	4,1
	Filantrópica	63,0	6,7
Idade Máxima	Geral	95,3	3,4
	Privada	101,0	4,1
	Filantrópica	97,9	4,6

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Tabela H2. Bairro de localização das instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.

Bairro	Geral		Privada		Filantrópica	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Lagoa Nova	2	18,2	2	33,3	0	-
Pirangi	1	9,1	0	-	1	20,0
Mãe Luíza	1	9,1	0	-	1	20,0
Capim Macio	1	9,1	1	16,7	0	-
Dix-sept Rosado	1	9,1	0	-	1	20,0
Ponta Negra	1	9,1	1	16,7	0	-
Capim Macio e Candelária	1	9,1	1	16,7	0	-
Planalto	1	9,1	0	-	1	20,0
Morro Branco	1	9,1	1	16,7	0	-
Alecrim	1	9,1	0	-	1	20,0
Total	11	100,0	6	100,0	5	100,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Tabela H3. Profissionais da área da saúde, por tipo, nas instituições de longa permanência para idosos do município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.

Variável	Natureza	Soma Total	Média	Desvio padrão
	Geral	105,0	9,5	6,4
<i>Técnicos de enfermagem da ILPI</i>	<i>Privada</i>	57,0	9,5	6,9
	<i>Filantrópica</i>	48,0	9,6	6,6
	Geral	120,0	10,9	9,5
<i>Cuidadores da ILPI</i>	<i>Privada</i>	45,0	7,5	5,6
	<i>Filantrópica</i>	75,0	15,0	12,2
	Geral	11,0	1,0	0,0
<i>Nutricionistas da ILPI</i>	<i>Privada</i>	6,0	1,0	0,0
	<i>Filantrópica</i>	5,0	1,0	0,0
	Geral	2,0	0,2	0,4
<i>Farmacêuticos da ILPI</i>	<i>Privada</i>	1,0	0,2	0,4
	<i>Filantrópica</i>	1,0	0,2	0,4
	Geral	13,0	1,2	0,4
<i>Enfermeiros da ILPI</i>	<i>Privada</i>	7,0	1,2	0,4
	<i>Filantrópica</i>	6,0	1,2	0,4
	Geral	11,0	1,0	0,0
<i>Fisioterapeutas da ILPI</i>	<i>Privada</i>	6,0	1,0	0,0
	<i>Filantrópica</i>	5,0	1,0	0,0
	Geral	4,0	0,4	0,5
<i>Geriatras da ILPI</i>	<i>Privada</i>	4,0	0,7	0,5
	<i>Filantrópica</i>	0,0	0,0	0,0
	Geral	9,0	0,8	0,9
<i>Clínicos geral da ILPI</i>	<i>Privada</i>	2,0	0,3	0,5
	<i>Filantrópica</i>	7,0	1,4	0,9
	Geral	2,0	0,2	0,4
<i>Psicólogos da ILPI</i>	<i>Privada</i>	1,0	0,2	0,4
	<i>Filantrópica</i>	1,0	0,2	0,4
	Geral	12,0	1,1	0,5
<i>Assistentes sociais da ILPI</i>	<i>Privada</i>	6,0	1,0	0,6
	<i>Filantrópica</i>	6,0	1,2	0,4
	Geral	10,0	0,9	0,3
<i>Terapeutas ocupacionais da ILPI</i>	<i>Privada</i>	6,0	1,0	0,0
	<i>Filantrópica</i>	4,0	0,8	0,4
	Geral	3,0	0,3	0,5
<i>Psiquiatras da ILPI</i>	<i>Privada</i>	1,0	0,2	0,4
	<i>Filantrópica</i>	2,0	0,4	0,5
	Geral	1,0	0,1	0,3
<i>Endocrinologistas da ILPI</i>	<i>Privada</i>	0,0	0,0	0,0
	<i>Filantrópica</i>	1,0	0,2	0,4
	Geral	1,0	0,1	0,3
<i>Arte educadores da ILPI</i>	<i>Privada</i>	0,0	0,0	0,0
	<i>Filantrópica</i>	1,0	0,2	0,4

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Tabela H4. Serviços oferecidos aos idosos assistidos pelas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN, segundo sua natureza, 2012.

Tipo de serviços	Abs.	%
<i>Geral</i>		
Moradia	11	100,0
Alimentação (4 refeições + lanches)	11	100,0
Lavagem de roupas	10	90,9
Acompanhamento médico	8	72,7
Lazer	10	90,9
Serviço religioso	9	81,8
Confraternização (aniversários, datas comemorativas, etc.)	11	100,0
Oficinas terapêuticas(dança, pintura, etc.)	10	90,9
Alfabetização/Educação EJA	2	18,2
<i>Natureza: privada</i>		
Moradia	6	100,0
Alimentação (4 refeições + lanches)	6	100,0
Lavagem de roupas	5	83,3
Acompanhamento médico	5	83,3
Lazer	5	83,3
Serviço religioso	4	66,7
Confraternização (aniversários, datas comemorativas, etc.)	6	100,0
Oficinas terapêuticas(dança, pintura, etc.)	5	83,3
<i>Natureza: filantrópica</i>		
Moradia	5	100,0
Alimentação (4 refeições + lanches)	5	100,0
Lavagem de roupas	5	100,0
Acompanhamento médico	3	60,0
Lazer	5	100,0
Serviço religioso	5	100,0
Confraternização (aniversários, datas comemorativas, etc.)	5	100,0
Oficinas terapêuticas (dança, pintura, etc.)	5	100,0
Alfabetização/Educação EJA	2	40,0

Fonte: Cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de Natal/RN, 2012 - UFRN.

Nota : Questão de múltipla escolha.

ANEXO I

FIGURAS

Figura II. Histograma dos oito domínios dos aspectos da qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, segundo a natureza da ILPI, 2012.

