

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Cuidando de cuidadores de idosos [Taking care of aging people caretakers]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Schwanke, Carla H. A.;Feijó, Anamaria G. S.
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-30 08:06:12
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/205205

Cuidando de cuidadores de idosos

Carla H. A. Schwanke
Anamaria G. S. Feijó

Resumo: O artigo apresenta o panorama do envelhecimento populacional, apontando a relação entre esse quadro, o surgimento de patologias crônico-degenerativas e a perda da autonomia, o que gera dependência. Enfatiza o papel dos cuidadores de idosos, definindo os diferentes tipos de cuidadores e as principais necessidades daqueles que respondem pelo desempenho de tais tarefas. Apresenta uma revisão bibliográfica sobre o assunto que sublinha a necessidade de aprofundar os estudos sobre o tema, bem como desenvolver políticas públicas para apoiar esses cuidadores.

Palavras-chave: Idosos. Envelhecimento. Dependência. Cuidadores. Qualidade de vida.



Carla H. A. Schwanke
Médica geriatra, doutora em Gerontologia Biomédica, professora e pesquisadora do Laboratório de Bioética e Ética Aplicada a Animais da Faculdade de Biociências da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

A demografia do século XX caracterizou-se por franco processo de envelhecimento populacional, sendo o segmento dos idosos um dos que mais rapidamente cresceu e continua crescendo, em todo o mundo, como resultado do aumento na expectativa de vida. No Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional segue essa mesma tendência, observando-se que a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60¹.

Essa realidade é deveras preocupante, haja vista que, atrelado ao envelhecimento populacional, observa-se aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, tais como as doenças cardiovasculares (DCV), o câncer, a osteoporose e as doenças neurodegenerativas. O aumento do número de idosos em uma população não é suficiente para que a mesma seja considerada envelhecida, pois leva em consideração apenas o número absoluto dessa faixa etária. Uma população envelhece quando ocorre aumento na proporção de idosos em relação aos jovens. A proporção de jovens diminui como conseqüência da queda nas taxas de fecundidade e quando ocorre diminuição da mortalidade infantil – fenômeno que pôde ser constatado no Brasil a partir da década de 40².

**Anamaria G. S. Feijó**

Bióloga, doutora em Filosofia, professora e coordenadora do Laboratório de Bioética e Ética Aplicada a Animais da Faculdade de Biociências da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual e não apenas a ausência de doenças. Na velhice, a saúde e a qualidade de vida são reflexos muito mais expressivos da manutenção da autonomia (capacidade de tomada de decisão) e da independência (capacidade de realizar alguma atividade sem auxílio de outra pessoa) do que da mera ausência de doença². Projeções para 2020 apontam um incremento na população de idosos da ordem de 255%, associando a essa estimativa o aumento na expectativa de vida ao nascer que, avalia-se, será de 75,5 anos³. Desse modo, em 2025 o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo em termos absolutos, cerca de 32 milhões de pessoas, com 13,8% de sua população composto por esta faixa etária².

Não apenas as doenças crônico-degenerativas são comuns entre os indivíduos idosos como, freqüentemente, elas se sobrepõem, sendo a presença de multipatologias ou plurimorbidades uma característica importante nos idosos, que compromete sua qualidade de vida⁴. Esta situação é agravada em países em desenvolvimento, como o Brasil, considerando-se que a sociedade brasileira apresenta várias limitações no campo sociocultural-econômico. Assim, o impacto do aumento do número de indivíduos portadores dessas doenças pode ser avassalador.

Nessas circunstâncias, os esforços da prevenção devem voltar-se para o aumento do tempo de vida saudável, e não apenas para o prolongamento da vida com saúde precária, focados, portanto, na qualidade, e não na quantidade de vida. Essa concepção é ainda mais forte na geriatria, pois a prevenção das disfunções e declínios – que podem afetar a vida do idoso – são tão ou mais importantes que a prevenção de doenças⁵. Contudo, quando as disfunções se instalam, a situação de dependência é freqüente, envolvendo os âmbitos físico, psíquico e socioeconômico. Nesse contexto surge uma importante figura para a manutenção do bem-estar do idoso: o cuidador.

O processo de envelhecimento

Envelhecimento e senescência (senectude) são termos técnicos cujas definições precisas variam de autor para autor, não existindo consenso⁶. Contudo, a maioria aceita que o envelhecimento é um processo complexo, multifatorial e individual, envolvendo modificações do nível molecular em nível morfofisiológico, que ocorrem em cascata, principalmente após o período pós-reprodutivo. Segundo revisão realizada por Troen⁷ sobre a biologia do envelhecimento, essas modificações são caracterizadas por mudança na composição bioquímica dos tecidos; diminuição progressiva na capacidade fisiológica – a qual, em geral, ocorre a partir dos 30 anos, com declínio linear na capacidade de reserva dos órgãos⁸; redução na capacidade de adaptação aos estímulos; aumento na suscetibilidade e vulnerabilidade às doenças; aumento da mortalidade.

Segundo Kirkland, o envelhecimento é um processo progressivo, universal e intrínseco e suas alterações ocorrem em diferentes taxas entre os vários órgãos de um indivíduo, caracterizando envelhecimento segmentar⁹. Finch considera o envelhecimento humano como intermediário, pois as modificações ocorrem de modo lento e não uniforme nos sistemas corporais¹⁰.

Nos seres humanos, o envelhecimento está muito ligado ao aparecimento de disfunções e doenças. Entretanto, tal associação não é obrigatória. Por tal motivo, Troen classifica o envelhecimento como normal e usual⁷. O envelhecimento normal seria aquele em que somente as próprias modificações associadas ao envelhecimento estariam presentes. Já no envelhe-

cimento usual, além das modificações associadas ao envelhecimento, ocorreriam doenças e disfunções. Este autor chama o primeiro de normal, porque é o esperado, ainda que seja um tipo de envelhecimento pouco freqüente nas populações humanas. Pelo mesmo motivo, chama o envelhecimento associado a doenças de usual, uma vez que esta é a situação mais freqüente nos dias de hoje.

Hayflick salienta que as alterações do envelhecimento podem ser distinguidas de doença – ou alteração patológica – por, pelo menos, quatro razões importantes: a) alterações relacionadas à idade ocorrem em todos os indivíduos; b) virtualmente ultrapassam a barreira de todas as espécies; c) nenhuma doença afeta todos os membros de uma espécie somente depois da idade reprodutiva; d) o envelhecimento ocorre em todos os animais protegidos pelo homem, mesmo nas espécies que provavelmente não o experimentariam¹¹. Contudo, identificar essa diferenciação pode ser tarefa difícil. Apesar do envelhecimento normal estar associado com um risco aumentado de desenvolvimento de doenças, *per se*, não é considerado doença¹².

O indivíduo idoso

Segundo o *Viena International Plan of Action on Ageing*, endossado pela primeira Assembléia Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre envelhecimento da população, que veio a originar a Resolução 39/125¹³, indivíduos com 60 anos ou mais são considerados idosos, principalmente em países em desenvolvimento – como é o caso do Brasil –, ainda que entre 60 a 65 anos de

idade os indivíduos possam ser economicamente ativos, principalmente em países desenvolvidos¹⁴.

Mas quem é e como se pode caracterizar o indivíduo idoso? Geralmente, o principal marcador utilizado para caracterizar a velhice é a idade. Entretanto, quando se fala em idade, é importante salientar que há vários tipos de idade, ou seja, a idade cronológica, biológica, funcional, psicológica, social, entre outras¹⁵.

A dependência em indivíduos idosos

Muitas são as causas de dependência entre indivíduos idosos, podendo-se destacar: restrição dos movimentos corporais (por seqüela de acidente vascular encefálico, artrose/artrite), declínio cognitivo (demência de Alzheimer), depressão e questões socioeconômicas (perda do poder econômico a partir da aposentadoria).

Como aponta a Sociedade Internacional de Continência, no âmbito físico uma condição frequente associada à idade é a incontinência urinária – considerada como a perda involuntária de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico, objetivamente demonstrável¹⁶. A continência, em qualquer idade, depende não só da integridade anatômica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos no armazenamento e na eliminação da urina, como também da capacidade cognitiva, da mobilidade, da destreza manual e da motivação para ir ao banheiro¹⁷.

A incontinência urinária figura entre as 15 condições mais prevalentes entre pessoas com

65 anos ou mais em países desenvolvidos – caso dos Estados Unidos da América (EUA)¹⁶. Na geriatria, a incontinência urinária é considerada problema médico comum¹⁸ e faz parte dos “gigantes da geriatria”, expressão cunhada por Bernard Isaacs para as formas de apresentação diferenciada das doenças na velhice, junto com a imobilidade, a instabilidade postural, a insuficiência cerebral e a iatrogenia. Qualquer enfermidade ou efeitos adversos de vários medicamentos pode se manifestar na forma de um ou mais desses problemas¹⁹.

A incontinência urinária é de grande importância, pois predispõe a infecções perineais, genitais, do trato urinário e urosepse (sepse com origem no sistema urinário). Pode provocar maceração e rutura da pele, facilitando a formação de escaras, interromper o sono e predispor a quedas. Adicionalmente, causa constrangimento, induz ao isolamento social, à depressão e ao risco de internação em asilos (institucionalização). A prevalência de incontinência urinária aumenta com a idade, sendo maior entre as mulheres. Até 30% dos idosos da comunidade são acometidos por incontinência urinária, sendo que a prevalência aumenta para 50% se forem considerados os idosos institucionalizados¹⁷. Estudos têm sugerido que a incontinência pode ser considerada o fator mais importante de decisão familiar quanto à institucionalização do idoso e a causa precipitante da admissão de enfermagem domiciliar em 89% das famílias¹⁶.

O cuidador de idosos e o cuidado

Neri, em capítulo de revisão sobre o cuidador, traz a informação de que a literatura gerontológica

consagrou a distinção entre cuidado formal e informal com base no critério da natureza do vínculo entre idosos e cuidadores²⁰. O cuidado formal é aquele oferecido por profissionais e o informal, por não-profissionais. Entre os não-profissionais, geralmente pessoas da família, podem ser incluídos amigos e vizinhos. Nessa circunstância, faz-se distinção entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e são os que realizam a maior parte das tarefas; os cuidadores secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas o que os distingue dos primários é o fato de não terem o mesmo nível de responsabilidade e decisão, atuando quase

sempre de forma pontual em algumas tarefas de cuidados básicos – deslocamentos e transferências, ajuda doméstica –, revezando com o cuidador primário; os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente, realizando tarefas especializadas como compras, pagar contas e receber a pensão.

No quadro a seguir, são apresentados diferentes tipos de apoio aos idosos, sendo que a maioria deles demanda diferentes combinações de apoio, especialmente aqueles muito incapacitados²⁰.

Tipo de apoio	Atividades relacionadas
Material	Prover dinheiro e outros recursos objetivos que mantêm, aprimoram as condições ou facilitam a vida dos idosos
Instrumental	Realizar ajuda direta nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD)
Socioemocional	Fazer companhia, visitar, conversar, ouvir, confirmar, aconselhar, consolar
Cognitivo-informativo	Explicar, ajudar a tomar decisões, decidir por
Atividades básicas de autocuidado que ocorrem dentro de casa (colaboram com a saúde do idoso)	Alimentação, toalete, banho, vestir-se, arrumar-se, tomar remédio, fazer exercícios, fazer fisioterapia
Atividades básicas de autocuidado que ocorrem fora de casa (contribuem para o funcionamento do idoso)	Ir ao médico e a laboratórios para coleta de exames, ir à igreja
Apoio instrumental para a realização das atividades de manejo de vida prática dentro de casa	Cozinhar, lavar/passar roupa, arrumar a casa
Atividade de lazer (dentro e fora de casa)	Levar para passear, fazer visitas

Neri AL, Carvalho VAM. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV et al. Op. cit. 2002. p.778-90.

As autoras fizeram uma revisão sobre o tema na literatura brasileira. Para tanto, realizaram na base Lilacs uma busca pelas palavras-chave “cuidador” e “idoso”. Foram encontrados sete artigos, todos publicados a partir de 2003, o que mostra a contemporaneidade do tema, os quais mencionaremos a seguir.

Garrido e Menezes conduziram uma investigação sobre cuidadores de idosos com demência²¹. Nesse estudo, o perfil do cuidador observado foi: mulher, com idade superior a 45 anos (média de 51,3 anos), casada, filha/esposa, sem emprego ou do lar, com 8 ou mais anos de escolaridade, mora com o paciente, tem boa saúde física, apresenta ajuda para o cuidado, passa mais de 8 horas de cuidado/dia e cuida do paciente há até três anos. Foi aplicada a escala *Zarit Burden Interview* (ZBI), que avalia o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, bem-estar físico e emocional e finanças do cuidador – essa escala foi escolhida por ter sido previamente traduzida e validada para o português. Os autores constataram alta média de impacto nos cuidadores, sendo fundamental que os profissionais da saúde estejam aptos a prover suporte adequado a eles, com o objetivo de minimizar problemas tanto para os pacientes quanto para os próprios cuidadores.

Ricci *et al.* conduziram um estudo com 40 idosos do Programa de Assistência Domiciliária da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo²². Nele, observaram concordância excelente entre a avaliação da capacidade funcional de idosos feita

pelos cuidadores e por profissionais da área da saúde (em todas as dimensões do instrumento Medida de Independência Funcional – MIF), o que mostrou a boa interação entre a equipe do programa e os cuidadores. Os cuidadores foram bem instruídos e orientados pelos profissionais, o que seria bom indicativo da assistência domiciliar como modalidade de promoção à saúde da população de idosos frágeis. O preparo do cuidador é muito importante na avaliação e tratamento do idoso.

Pena e Diogo identificaram que a interrelação pessoal, o interesse em participar no cuidado e o conhecimento anterior são os fatores que mais favorecem a participação do familiar no cuidado do idoso hospitalizado²³. No referido estudo qualitativo foram entrevistados 30 acompanhantes familiares de idosos internados em duas unidades clínicas de um hospital de alta complexidade (nível terciário) no município de Marília, em São Paulo. Foram selecionados os idosos que permaneciam a maior parte do tempo no hospital e 30 membros da equipe, destes, 14 auxiliares de enfermagem e três enfermeiros.

Giacomin *et al.*, no Projeto Bambuí (MG), um estudo de coorte de base populacional de idosos residentes na comunidade, puderam observar que, apesar de todas as evidências, as mulheres têm dificuldades para dissociar o cuidado de seu papel de esposas e admitir o fardo (o que remete a uma cultura onde cuidar de um idoso dependente é obrigação “natural” da mulher), sendo que o cuidador e os necessitados de cuidados vivem a dura rea-

lidade da incapacidade funcional, de modo integral, intuitivo e improvisado, o que reforça a responsabilidade pela sistematização do cuidado domiciliário no nosso meio²⁴. No referido estudo, em entrevista de seguimento do ano 2003, foram entrevistadas esposas de 10 idosos que necessitavam de cuidados.

Em outro estudo com idosos altamente dependentes da comunidade, Silveira *et al.* investigaram 24 cuidadores principais de idosos com diagnóstico de síndrome demencial, participantes do grupo de suporte do Núcleo de Atenção ao Idoso – unidade ambulatorial da Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NAI-Unati/Uerj). Os autores concluíram que existem três dimensões na questão: 1) há implicações dos legados, das transmissões multigeracionais, das repetições dos padrões, dos mitos e das crenças característicos de cada sistema familiar; 2) o idoso também é um participante ativo na decisão sobre quem vai cuidá-lo; 3) o grupo de suporte é um recurso muito importante para os familiares²⁵.

Floriani e Schramm produziram um artigo de revisão sobre o cuidador do idoso com câncer avançado e classificam esse indivíduo como “ator vulnerável”²⁶. Apontam que atualmente há a tendência para transferir à família os cuidados dos idosos com câncer, especialmente quando a doença está em curso avançado. Estudo das famílias dos pacientes dependentes mostra que a escolha do cuidador não costuma ser ao acaso. A opção nem sempre é de quem cuida, muitas vezes

expressa o desejo do paciente ou sua falta de opção. Tornar-se um cuidador pode ocorrer de modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume essas tarefas, mesmo não se reconhecendo como cuidador.

Os autores sublinham vários estudos referentes ao impacto sobre a família e o ônus para o cuidador, com repercussões físicas, psíquicas, sociais e econômicas sobre os mesmos. Nesse sentido, foram desenvolvidas escalas que servem de instrumento para avaliar o estresse do cuidador, além de serem utilizadas como referência para o planejamento de intervenções junto aos cuidadores mais sobrecarregados, principalmente quando submetidos a grande estresse psíquico. Citam estudo conduzido por Proot com cuidadores de pacientes terminais sob cuidados paliativos, no qual a vulnerabilidade dos cuidadores foi apontada como achado nuclear, ou seja, o ponto fundamental sobre o qual deve recair a análise sobre o cuidado ao cuidador.

A situação observada nesse estudo demonstra que os cuidadores estavam sob risco de adoecer por fadiga severa, a despeito da coragem e força que demonstravam. Sua vulnerabilidade, decorrente da sobrecarga e restrição impostas pelas atividades diárias, era acentuada pelo medo, solidão, insegurança, temor do confronto com a morte e perda do suporte da família e da equipe de atendimento domiciliar.

Por outro lado, o estudo revela que os fatores que diminuía a vulnerabilidade eram a esperança, a satisfação com os cuidados

oferecidos e as percepções do cuidador com relação aos seus limites – além, evidentemente, do suporte familiar e da equipe de atendimento domiciliar.

Outros estudos apontaram maior risco de morte entre os cuidadores, especialmente os que assistiam seus (suas) esposos(as) dependentes e se sentiam sobrecarregados pelos cuidados administrativos. Em alguns países existe preocupação com a questão da sobrecarga financeira da família do paciente com doença avançada, como nos EUA, onde o cuidador é remunerado pelo governo ou pode receber licença de três meses sem ônus no trabalho – o que também ocorre na França.

Em seu artigo de revisão, Karsch levanta um aspecto importante: cuidar do idoso em casa é uma situação que deve ser preservada e estimulada, porém cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel²⁷.

A autora informa que nos países onde o envelhecimento populacional ocorreu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de saúde pública. Mostra exemplos de programas como “comida sobre rodas” (que produz e distribui as refeições programadas para os idosos, poupando o cuidador

da tarefa de cozinhar todos os dias) e o serviço de substituição por um profissional que alterne os cuidados. Nesse contexto, emerge uma importante questão que deve ser equacionada: a de falta ou pouco preparo para realizar a tarefa de cuidar de idosos²⁰. Assim, a ajuda de profissionais especializados, nos diferentes níveis de atenção, é importante. Para tanto, a capacitação das equipes dos postos de saúde, dos Programas de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (PSF-SUS), dos profissionais dos hospitais e a criação de grupos de apoio a cuidadores vem a contribuir.

Considerações finais

O debate sobre os cuidadores de idosos, seu papel na manutenção da saúde e qualidade de vida do idoso dependente, bem como os problemas advindos dessa tarefa, é fundamental para a valorização, pela família e sociedade, dessas pessoas que, muitas vezes, quase anonimamente, trabalham de forma incansável para que idosos, apesar de dependentes, mantenham a qualidade de vida.

Pesquisas com os cuidadores de idosos precisam ser estimuladas a fim de que, a partir da realidade social, os governos tenham subsídios para implementar políticas públicas específicas. Assim, o tema deve ser uma preocupação e cuidar do cuidador de idosos deve ser ação de todos, extrapolando os limites da área social e da saúde, devendo ser foco de atenção multidisciplinar.



Resumen

Cuidando de los cuidadores de los ancianos

El artículo presenta un panorama del envejecimiento poblacional, señalando la relación entre esta situación y el surgimiento de patologías crónico-degenerativas y de la pérdida de autonomía que genera la dependencia. Enfatiza el papel de los cuidadores de los ancianos, definiendo los diferentes tipos de cuidadores y las principales necesidades de aquellos que responden por el desempeño de estas tareas. Presenta una revisión bibliográfica que subraya la necesidad de profundización de los estudios sobre el tema y del desarrollo de políticas públicas para el apoyo a dichos cuidadores.

Palabras-clave: Ancianos. Envejecimiento. Dependencia. Cuidadores. Calidad de vida.

Abstract

Taking care of aging people caretakers

This article presents the panorama of the population aging process, pointing out the relation between this situation and the appearance of chronic degenerative diseases and the loss of autonomy, which generates dependency. It enforces the role of age people caretakers, defining different types of caretakers and their main needs. It also presents a bibliographical revision on this issue, underlining the need of deepening the knowledge on this theme and developing public policies to support these caretakers.

Key words: Aged people. Aging. Dependency. Caretakers. Quality of life.

Referências

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):184-200.
2. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p.72-8.
3. Organización Mundial de la Salud. *Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares en los ancianos*. Ginebra: OMS, 1995. p.1-12. (Informes técnicos; 853).
4. Veras RP. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: _____, organizador. *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999. p.35-50.
5. Mehr DR, Tatum III PE. Primary prevention of diseases of old age. *Clin Geriatr Med* 2002;18(3):407-30.
6. Wilmoth JR, Horiuchi S. Do the oldest old grow old more slowly? In: Robine JM, Forette B, Franceschi C, Allard M, editors, *The paradoxes of longevity*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1999. p. 35-60.
7. Troen BR. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003;70(1):3-22.
8. Fries JF. Successful aging: an emerging paradigm of gerontology. *Clin Geriatr Med* 2002;8(3):371-82.
9. Kirkland JL. The biology of senescence: potential for prevention of disease. *Clin Geriatr Med* 2002;18(3):383-405.



10. Finch CE. Longevity without aging: possible examples. In: Robine JM, Forette B, Franceschi C, Allard M, editors. *Op.cit.* p. 3-9.
11. Hayflick L. Como e porque envelhecemos. São Paulo: Campus; 1996. 366p.
12. Sandhu SK, Barlow HM. Strategies for successful aging. *Clin Geriatr Med* 2002; 18(3):643-8.
13. Organização das Nações Unidas. Resolução 39/125. Assembléia Mundial sobre Envelhecimento; 1982; Viena.
14. Rio Grande do Sul. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Ação Social e Unidades Associadas. Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997. 123p.
15. Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Op.cit.* 2002. p.2-12.
16. Noronha JAP. Perfil de saúde de idosos com incontinência urinária atendidos em um ambulatório geriátrico [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1999.
17. Maciel AC. Incontinência urinária. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2002. p. 635-44.
18. Bogardus Jr ST, Richardson E, Maciejewski PK, Gahbauer E, Inouye SK. Evaluation of a guided protocol for quality improvement in identifying common geriatric problems. *J Am Geriatrics Soc* 2002;50:328-35.
19. Cunha UGV, Alves VXF, Scoralick FM, Silva SA. Avaliação clínica do paciente idoso. *J Bras Med* 2002;82(3):72-8.
20. Neri AL, Carvalho VAM. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Op.cit.* 2002 .p.778-90.
21. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública* 2004;38(6):835-41.
22. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):655-62.
23. Pena SB, Diogo MJD. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(5):663-9.
24. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública* 2005;21(5):1509-18.
25. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1629-38.
26. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerável. *Cad Saúde Pública* 2006;22(3):527-34.
27. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):861-6.

Contato

Anamaria G. S. Feijó – agsfeijo@pucrs.br