



**Ministério da Educação
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem**

ANA NILCE SANTOS DE JESUS

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA DINÂMICA
FAMILIAR DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE (UBS) EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA**

Santo Antônio de Jesus

2011

ANA NILCE SANTOS DE JESUS

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA DINÂMICA
FAMILIAR DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE (UBS) EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Ciências da Saúde como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dóris Firmino Rabelo.

Santo Antônio de Jesus

2011

J58 Jesus, Ana Nilce Santos de.
Avaliação da capacidade funcional e da dinâmica familiar em idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde (UBS) em Santo Antônio de Jesus - Ba / Ana Nilce Santos de Jesus. – Santo Antônio de Jesus, Ba, 2011.
85 f. il.; 21cm x 29,7cm.

Printout (fotocópia)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Centro de Ciências da Saúde – CCS.
“Orientadora: Profª. Dóris Firmino Rabelo”.

1. Idoso – Condições sociais. 2. Capacidade funcional - Idoso. 3. Atenção básica - Idoso. 4. Dinâmica familiar. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. II. Rabelo, Dóris Firmino, orient. III. Título.

CDD 305.26

Ficha catalográfica elaborada por:
Marise Nascimento Flores Moreira
CRB-5/1289
Magali Costa Alves
CRB-5/1438

ANA NILCE SANTOS DE JESUS

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA DINÂMICA
FAMILIAR DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE (UBS) EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em 13 de julho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Dóris Rabelo Firmino. Orientadora _____
Professora do Colegiado de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Claúdia Feio da Maia Lima. 1º membro da Banca Avaliadora _____
Professora do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Ariane Cedraz Morais. 2º membro da Banca Avaliadora _____
Professora do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente Aquele que esteve sempre ao meu lado e que é o grande responsável por todas as minhas conquistas, Aquele que atendeu a cada clamor, que compartilhou pensamentos e os conhecendo sempre foi meu melhor Amigo e aconselhador, dividiu comigo momentos difíceis, bem como as vitórias e me fez entender que o tempo a Ele pertence. Ele é conhecedor de todas nossas carências e sabe perfeitamente como supri-las no momento certo, para que possamos a cada segundo vivenciar o necessário para amadurecermos e nos tornarmos pessoas melhores e mais dignas. Obrigada a meu grande Deus.

Aos meus amados pais, Antônio Deraldo de Jesus e Nelcides Santos de Jesus, a minha amada irmã, Ana Nildes Santos de Jesus, que foi uma pessoa fundamental para a construção desta monografia, por me fazer sentir amada e com isto fazer brotar a inspiração e a força necessária para ir à busca de meus sonhos sem, contudo, esquecer que sonhos não se constroem sozinhos, muito menos se realizam, portanto, estes devem estar atrelados a outras pessoas as quais possam também se beneficiar com a concretização destes, aqui está um dos meus inúmeros sonhos espero que o conhecimento aqui construído possa ser benéfico a muitas pessoas. Obrigada, por cada apoio e incentivo, cada carinho e palavra encorajadora foram fundamentais em minha trajetória.

Ao meu namorado José Carlos Muniz Andrade pelo companheirismo, cumplicidade e dedicação ininterruptas. A ti agradeço os momentos de renúncia, apoio, paciência, incentivo e encorajamento.

A minha família, em especial ao meu cunhado Anderson Cardoso, ao meu vizinho Vanildo, ao meu padrinho Antônio e aos amigos por sempre acreditar em mim, estar ao meu lado e me ajudar nos momentos mais difíceis.

Agradeço a minha orientadora, professora Dóris Rabelo Firmino, por ter me dado autonomia e liberdade para a elaboração desta monografia, acompanhando-me e ajudando-me a transformar a pedra bruta em um produto refinado.

A todos os docentes e discentes que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação não apenas escolar e acadêmica, mas também como ser humano. Agradeço aos professores e amigos do primário, ensino fundamental e médio que continuam fazendo-se presentes em minha vida de uma maneira positiva, estimulando, incentivando, fazendo-me

acreditar que sou capaz. Muito obrigada mesmo. Aos docentes da universidade também dedico minha eterna gratidão e carinho.

Agradeço a todos os funcionários da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E agradeço também de maneira especial a todos idosos e familiares participantes da pesquisa que permitiram a realização deste estudo.

“Nosso amor pela pessoa velha não deve ser uma opressão, uma tirania a inventar cuidados chocantes, temores que machucam. Façam o que bem entendam, cometam imprudências, desobedeçam a conselhos. Libertemos os velhos de nossa fatigante bondade”.

Paulo Mendes Campos (1922) - O anjo bêbado.

JESUS, Ana Nilce Santos de. **Avaliação da capacidade funcional e da dinâmica familiar de idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Santo Antônio de Jesus – BA.** 2011. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Colegiado de Enfermagem, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antonio de Jesus, 2011.

RESUMO

A capacidade funcional e a funcionalidade familiar são indissociáveis do envelhecimento saudável. Famílias e serviços de saúde em maioria não estão aptos para lidar com idosos, gerando um problema de saúde pública e inviabilizando o idoso de usufruir de seu direito à independência. **Objetivo geral:** Verificar a capacidade funcional e a dinâmica familiar de idosos residentes em Santo Antonio de Jesus-BA, cadastrados na UBS-CENTROSAJ. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de campo, quantitativo, de natureza transversal. Os dados foram obtidos da pesquisa: “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”. Foram entrevistados 87 idosos e seu familiar cuidador. Para a análise dos dados utilizou-se o programa SPSS e foram feitas estatísticas descritivas e correlações. **Resultados:** Arranjo Domiciliar e configuração familiar: 23,3% dos idosos moram sozinhos ou com o cônjuge, o tipo de arranjo que prevalece é o multigeracional, a grande maioria dos idosos se considera chefe de família. Condições auto-relatadas de saúde dos idosos: houve prevalência da hipertensão arterial. Capacidade funcional dos idosos no desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária: houve predominância de idosos que apresentaram independência nas ABVD's e nas AIVD's. Satisfação dos idosos com o suporte social percebido e com a funcionalidade familiar: os idosos possuem uma percepção de suporte social favorável e indicativos de boa disponibilidade de apoio social afetivo, instrumental e informativo (M: 3,3 / DP=0,7); o resultado do Apgar demonstrou que 83,5% apresentaram alta funcionalidade familiar, 9,4% apresentaram moderada disfunção familiar e 7,1% dos idosos apresentaram elevada disfunção familiar. Necessidades percebidas pelos adultos/cuidadores que moram com os idosos quanto à orientação para lidar com o idoso e as atitudes em relação à convivência com estes: os problemas mais prevalentes relacionados ao idoso foram: deixar o idoso sozinho em casa e a dificuldade de lidar com os sentimentos do idoso; as vantagens para o adulto, apontadas pelo mesmo, referente ao fato do idoso morar em sua companhia e as vantagens para o idoso, apontadas pelo adulto, referentes ao fato deste morar em sua companhia tiveram como vantagem mais prevalente a companhia; dificuldades mencionadas pelo adulto residente no mesmo domicílio do idoso, em relação a este: 50,0% trouxeram o diálogo difícil; assuntos referentes ao idoso que os adultos apontaram e desejam receber orientações: 47,1 % trouxeram como entender/lidar com o idoso; assuntos referentes ao idoso que os adultos apontaram e desejam que o mesmo receba orientações: 33,3% trouxeram a patologia do idoso e 33,3% trouxeram hábitos saudáveis de vida; dificuldades do adulto residente com o idoso em lidar com o mesmo: as mais prevalentes foram: não ter apoio dos outros membros da família e ter que deixar o idoso em casa sozinho. **Considerações:** A maioria dos idosos está satisfeita com a dinâmica familiar e é independente nas ABVD's e nas AIVD's e existe a necessidade de orientação para os idosos e seus para os familiares. Assim, fica o estímulo para a valorização da educação em saúde como estratégia para uma maior adequação dos cuidados prestados aos idosos.

Palavras-chaves: Idoso. Atenção Básica. Capacidade Funcional. Dinâmica Familiar.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Descrição do arranjo domiciliar dos idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	37
TABELA 02	Doenças auto-relatadas por idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	40
TABELA 03	Sinais e sintomas auto-relatados por idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus-BA – 2º semestre de 2010 – 1º trimestre de 2011.	41
TABELA 04	Avaliação da Capacidade Funcional no desempenho das ABVD's de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	43
TABELA 05	Avaliação da Capacidade Funcional no desempenho das AIVD's de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus-BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	44
TABELA 06	Avaliação da percepção de suporte social de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus- BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	46
TABELA 07	Avaliação da funcionalidade familiar de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	48
TABELA 08	Descrição de problemas relacionados ao idoso levantados por adultos/cuidadores residentes no mesmo domicílio do idoso no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	50
TABELA 09	Descrição acerca do motivo do arranjo domiciliar na perspectiva do adulto/cuidador residente no mesmo domicílio do idoso no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	52

TABELA 10	Descrição das vantagens para o adulto/cuidador, apontadas pelo mesmo, referente ao fato do idoso morar em sua companhia - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	54
TABELA 11	Descrição das vantagens para o idoso, apontadas pelo adulto/cuidador, referentes ao fato deste morar em sua companhia - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	55
TABELA 12	Descrição das dificuldades mencionadas pelo adulto/cuidador residente no mesmo domicílio do idoso, em relação a este - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	55
TABELA 13	Descrição dos assuntos referentes ao idoso que os adultos/cuidadores apontaram que desejam receber orientações - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	56
TABELA 14	Descrição dos assuntos referentes ao idoso que os adultos/cuidadores apontaram e desejam que o mesmo receba orientações - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.	57
TABELA 15	Avaliação das dificuldades do adulto/cuidador residente com o idoso em lidar com o mesmo - Santo Antônio de Jesus– BA- 2º semestre de 2010-1º trimestre de 2011.	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde.
AVD's	Atividades da Vida Diária.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
OPS	Organização Panamericana de Saúde.
ABVD's	Atividades Básicas da Vida Diária.
AIVD's	Atividades Instrumentais da Vida Diárias.
SUS	Sistema Único de Saúde.
USF	Unidade de Saúde da Família.
FAMAM	Faculdade Maria Milza.
TCE	Termo de Consentimento Esclarecido.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
DIRES	Diretoria Regional de Saúde.
MS	Ministério da Saúde.
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
PSF	Programa de Saúde da Família.
ISEL	Interpersonal Support Evaluation.
APGAR	Adaptation Partneship Growth Affection Resolve.
CCS	Centro de Ciências da Saúde.
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
SPSS	Statistical Package for Social Sciences.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
PNDA	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social.
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	Capacidade funcional, autonomia e envelhecimento saudável.....	16
2.2	Suporte familiar x autonomia e capacidade funcional do idoso.....	19
2.3	Políticas públicas frente às necessidades percebidas e atitudes do adulto na relação com o idoso.....	24
3.	METODOLOGIA.....	30
3.1	Tipo de estudo.....	30
3.2	Aspectos éticos.....	30
3.3	Campo de estudo.....	31
3.4	Sujeitos.....	32
3.5	Instrumentos.....	33
3.6	Procedimentos.....	35
3.7	Digitalização e Análise de dados.....	35
4.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
4.1	Arranjo domiciliar e configuração familiar.....	37
4.2	Condições auto-relatadas de saúde dos idosos.....	39
4.3	Capacidade funcional dos idosos: desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.....	43
4.4	Satisfação dos idosos com o suporte social percebido e com a funcionalidade familiar.....	46
4.5	Necessidades percebidas pelos adultos/ cuidadores que moram com os idosos quanto à orientação para lidar com o idoso e as atitudes em relação à convivência com estes.....	49
5.	CONSIDERAÇÕES.....	61
	REFERÊNCIAS.....	65
	ANEXOS.....	74

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos, a queda da mortalidade, as conquistas da medicina, a urbanização adequada, a melhoria nutricional, o aumento dos níveis de higiene pessoal e ambiental foram fatores que contribuíram para o aumento da população idosa no planeta, fato este estreado no final da década de 1940 e início dos anos 1950 pelos países desenvolvidos (MENDES, 2005).

O mesmo autor ainda refere que nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, a elevação da expectativa de vida tem sido evidenciada nos últimos 60 anos em decorrência dos progressos tecnológicos relacionados à área de saúde, que permitiram o tratamento e/ou a cura de inúmeras patologias. Associados a esses fatores houve a redução da taxa de fecundidade, iniciada na década de 60, que possibilitou o episódio de uma grande explosão demográfica. O envelhecimento é uma das mais relevantes mudanças na estrutura da população a nível mundial.

A grande maioria do conhecimento acerca do envelhecimento foi produzida nas últimas décadas. Tais conhecimentos vêm modificando conceitos relacionados ao envelhecimento, respondendo a novos interesses profissionais, bem como as novas demandas advindas da explosão demográfica da população idosa. Existe atualmente uma necessidade de que o envelhecimento seja amplamente compreendido em todos os seus aspectos, desde os orgânicos e psíquicos até os sociais, já que a prestação de serviço ao idoso se constitui em um dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos, assim como nos em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (KENNEY, 1989 apud FILHO, 2005).

Esta elevada expectativa de vida, principalmente, quando se leva em consideração o amplo espectro da quantidade de idosos com incapacidade e dependência, vem preocupando a Organização Mundial de Saúde (OMS), até porque, tanto a incapacidade quanto a dependência são consideradas as maiores desventuras da saúde relacionada ao processo de envelhecimento. (FREITAS; MIRANDA, 2006). Estudos têm observado que ainda não contamos com uma sociedade instrumentalizada e apta para conviver e/ou cuidar do idoso. E esta ausência de preparo da população diante deste cenário de transformação do perfil populacional é refletida na observância de que mesmo havendo um acréscimo nos anos de vida da população a qualidade de vida não acompanha esta evolução (LEITE, 2008).

Segundo Pereira et al (2006), a qualidade de vida na velhice tem sido atrelada às questões de independência e autonomia. A capacidade funcional surge atualmente como um novo protótipo de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser percebido como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na realização das Atividades da Vida Diária (AVD's), integração social, suporte familiar e independência econômica.

O papel do idoso passou por mudanças significantes através do tempo na esfera familiar e social (GOLDFAR; LOPES, 2006). O suporte familiar tem implicações sobre a capacidade funcional do idoso e, conseqüentemente, para a qualidade de vida e para o envelhecimento saudável desta faixa etária, especialmente quanto ao suporte social. Pode-se dizer que a raiz e a base que compõem a estrutura social é a família, visto que esta faz parte do cotidiano do idoso, estando mais próxima deste (LEME, 2007).

Os laços sociais influenciam o estado de saúde e, dispor de um suporte social bem articulado, beneficia a saúde e o bem-estar daqueles que dele participam. A quebra dos vínculos sociais gera alterações nas defesas orgânicas das pessoas, tornando-as mais suscetíveis a patologias. Assim, fica evidente a relevância do suporte familiar para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo (TORRES et al, 2009).

Desta forma, este cenário trazido pela literatura aponta a pertinência da independência funcional para a autonomia e para o envelhecimento saudável, assim como aponta o suporte social como um fator protetor da incapacidade na velhice. Outro aspecto pertinente referido por estudos científicos é que existe uma alta prevalência de domicílios multigeracionais e estes são justificados majoritariamente, como estratégia de sobrevivência em decorrência do baixo poder aquisitivo das pessoas que residem neste tipo de domicílio e não apenas por opção da família. Além disto, a literatura também traz o fato da grande maioria da população ainda não estar preparada para lidar com o idoso, necessitando assim de orientações.

Diante da realidade que permeia esta faixa etária, quais as relações existentes entre satisfação do idoso frente à dinâmica de funcionamento familiar em termos de adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva e o desempenho funcional deste grupo etário na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária?

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo geral:

- Verificar a capacidade funcional e a dinâmica familiar de idosos residentes no município de Santo Antonio de Jesus-BA, cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) - CENTROSAJ.

Para o alcance de tal objetivo, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o arranjo domiciliar e a configuração familiar do idoso;
- Avaliar as condições de saúde dos idosos, por meio do auto-relato de patologias ou sinais e sintomas;
- Descrever capacidade funcional dos idosos mediante o desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária;
- Identificar a satisfação dos idosos com o suporte social percebido e a funcionalidade familiar;
- Verificar junto aos adultos/cuidadores que moram com os idosos as necessidades quanto à orientação para lidar com o idoso e as atitudes em relação à convivência com estes.

A partir do contexto mencionado pela literatura, pode-se dizer que os idosos que possuem idade mais avançada e que apresentam patologias crônicas; possuem maior probabilidade de elevação do grau de dependência quando comparados com os idosos que não as possui. Contudo, é válido elucidar outro aspecto pertinente que também interfere neste processo, sendo este a família, que se constitui em uma instituição muito importante para o indivíduo nesta faixa etária.

Desta forma, pode-se dizer que a família interfere positiva ou negativamente na capacidade funcional da grande maioria dos idosos, visto que, os idosos satisfeitos com a funcionalidade familiar, geralmente assumem uma atitude mais independente, mesmo diante de algumas deficiências orgânicas, enquanto que os idosos que possuem uma família disfuncional tendem a ter seu grau de dependência mais acentuado. Em suma pode-se pressupor que a senilidade e a senescência influenciam na capacidade funcional do idoso, contudo, além desta influência a funcionalidade familiar pode ser pontuada como favorável à manutenção de sua independência.

Entendendo a importância da família para a independência do idoso, torna-se instigante e vital ampliar os olhares direcionados à funcionalidade familiar, reconhecendo a

família como o eixo norteador para a aquisição de um envelhecimento saudável, no qual o idoso assume um papel ativo em seu ambiente familiar e social, compartilhando idéias e sentimentos, isto é, fazendo parte do meio em que vive. Neste aspecto e diante do contexto já supramencionado, é perceptível a importância de se de construir conhecimentos acerca do arranjo domiciliar e da configuração familiar a qual o idoso está inserido, das condições de saúde do idoso, da capacidade funcional destes mediante o desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, da satisfação do idoso frente à funcionalidade familiar e das necessidades percebidas e atitudes dos adultos que moram com os idosos em relação à convivência com estes; na tentativa de estabelecer associações e buscar elaborar estratégias de intervenções resolutivas.

A produção de conhecimento científico na área será muito oportuno e relevante, de início, porque existe uma carência de conhecimento científico acerca das particularidades do envelhecimento na região do Recôncavo da Bahia. Segundo porque o conhecimento produzido por esta pesquisa possibilitará aos profissionais da área da saúde, especialmente no nível primário, o desenvolvimento de um olhar mais criterioso e crítico, que valorize o contexto em que o idoso vive em seu domicílio, encarando o âmbito familiar como um importante determinante no processo de manutenção, aquisição ou redução do grau de dependência.

Outra contribuição pertinente refere-se à ampliação do conhecimento acerca das necessidades percebidas e atitudes dos adultos que moram com os idosos em relação à convivência com estes. Tal conhecimento irá corroborar para que os profissionais da atenção básica, em particular o enfermeiro, possa criar estratégias de educação em saúde buscando orientar os familiares que convivem e/ou cuidam do idoso.

Como já relatado, as famílias e os serviços de saúde em sua grande maioria ainda não estão aptos para lidar com idosos, fato este que vem gerando um problema de saúde pública, inviabilizando muitas vezes o idoso de usufruir de seu direito à independência como previsto na Política Nacional de Saúde do Idoso. Assim, colaborar para a aquisição de novos conhecimentos científicos faz-se necessário não apenas para a realidade do município no qual a pesquisa foi realizada, mas também servirá de modelo para que novos estudos sejam realizados vislumbrando a promoção do envelhecimento saudável, principalmente no âmbito familiar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Capacidade funcional: fator pertinente para a promoção do envelhecimento saudável

Envelhecimento saudável resulta da interação multidimensional entre a saúde mental, saúde física, suporte familiar, integração social, independência econômica e da realização das atividades da vida diária. O bem-estar na velhice seria a consequência do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem significar necessariamente ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003).

A OMS, em 1947, redefiniu saúde, desmistificando a relação entre ausência de doença e saúde, passando a defini-la como um estado de bem-estar. Nesta vertente, um indivíduo portador de alguma patologia pode sentir-se saudável, basta o mesmo possuir a capacidade de executar suas atividades da vida diária, alcançar expectativas e desejos, manter-se atuante em seu contexto desempenhando algum papel social, planejar e alcançar seus objetivos, conquistando, desta forma, boa qualidade de vida. Assim, saúde é a capacidade de uma pessoa permanecer desempenhando funções em seu ambiente social e físico, tornando-se um sujeito ativo na sociedade e interagindo junto a esta (PASCHOAL, 2007).

Ramos (2003) também julga inadequado o conceito clássico de saúde da OMS para se referir à saúde dos idosos, isto porque a ausência de patologias é considerada regalia de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independente da presença ou da ausência de patologias. A isto este autor justifica que um idoso que apresente uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, quando confrontado a um idoso com as mesmas patologias, só que na ausência do controle destas apresentando desta forma sequelas decorrentes e incapacidades associadas. Isto ocorre porque as doenças crônicas quando controladas não são sinônimos de limitação, tanto que idosos com estas doenças ainda expressam satisfação pela vida.

Guedea et al (2006) seguem a mesma linha de raciocínio de Ramos (2003) ao trazer que a saúde não é percebida como ausência completa de patologias, ela é avaliada de acordo

com o que deve esperar do envelhecimento e não como a consequência da comparação da realidade com um padrão ideal.

A qualidade de vida está atrelada à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abarca vários aspectos, a exemplo da capacidade funcional, do nível socioeconômico, do estado emocional, da interação social, da atividade intelectual, do autocuidado, do suporte familiar, do próprio estado de saúde, dos valores culturais, éticos e da religiosidade, do estilo de vida, da satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e do ambiente em que se vive. A qualidade de vida possui um conceito subjetivo que depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (VECCHIA et al, 2005).

A capacidade funcional do idoso pode ser averiguada por meio das atividades básicas da vida diária, denominadas também de atividades de autocuidado e das atividades instrumentais da vida diária. As atividades básicas relaciona-se ao autocuidado da pessoa, que se constitui nesta alimentar-se, banhar-se e vestir-se. No que se referem às atividades instrumentais, estas abarcam afazeres mais complexos, inúmeras vezes relacionados à participação social do sujeito, a exemplo, atender ao telefone, utilizar meios de transporte e realizar compras (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

O processo incapacitante relaciona-se ao avanço de uma condição crônica que abrange fatores de risco demográficos, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas do indivíduo. Tal processo pode desencadear inúmeras consequências dentre as quais se destacam a institucionalização e a hospitalização, que influenciam negativamente na qualidade de vida das pessoas idosas. Algumas intervenções como modificações do ambiente físico-social, terapia medicamentosa, reabilitação, mudanças no comportamento e estilo de vida, adaptação às atividades e a presença de suporte extra (pessoal e/ou equipamento especial) e atributos psicossociais podem restringir as dificuldades (BRASIL, 2007).

Para uma melhor visão acerca da capacidade funcional torna-se pertinente o conhecimento do que seja autonomia, independência e dependência, termos estes que se inter-relacionam e que são dependentes entre si. Autonomia segundo D'Alencar et al (2006) se constitui no fato do indivíduo possuir a capacidade de determinar acerca de seus objetivos pessoais de vida e de atuar na direção desta determinação. O respeito à autonomia corresponde à valorização das opiniões e escolhas considerando-as sempre; é ter soberania

sobre si próprio, atuar com liberdade conforme um plano próprio, administrar seu território e estabelecer suas políticas, isto é, estabelecer uma identidade saudável.

A Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2005) conceitua o termo independência como sendo a habilidade do sujeito executar funções concernentes à vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade com algum ou nenhum auxílio de outras pessoas. Desta forma, para o indivíduo ser independente ele deve ter capacidade de promover seu autocuidado, podendo ou não necessitar de supervisão para realização de suas tarefas do cotidiano a depender do grau da capacidade funcional que o mesmo possui.

No que se refere ao termo dependência, a Geriatria o associa a um conceito relevante em sua prática que é a fragilidade. Desta forma, muitas vezes os idosos não apresentam patologias de origem orgânica, contudo, podem possuir deterioração sob circunstâncias de estresse orgânico. Logo, muitos idosos que se apresentam independentes na comunidade podem desenvolver uma dependência quando afastado desta por algum motivo. Assim, a dependência não é uma condição definitiva, mas sim dinâmica que pode sofrer transformações, evoluir ou ser prevenida ou diminuída com ambiente e cuidados ideais (CALDAS, 2007).

Pesquisas epidemiológicas desenvolvidas em diversos países indicam que somente 4% dos idosos com mais de 65 anos de idade possuem incapacidade grave e alto grau de dependência, enquanto que 20% dos idosos possuem um leve grau de incapacidade. Tais estudos ainda revelam que 13% dos que tem entre 65 e 74 anos de idade e 20% dos que estão entre 75 e os 84 anos de idade, possuem incapacidade moderada. Os idosos que tem mais de 85 anos de idade, momento no qual a incapacidade é quatro a cinco vezes maiores do que aos de 65 anos de idade, o quantitativo de idosos que apresentam incapacidade moderada aumenta para 46%. A dependência não é condição que alcança de modo homogêneo todos os domínios do funcionamento dos idosos, como o cognitivo e o emocional (PAVARINI; NERI, 2005).

Segundo Fonseca et al (2010), as idéias que surgem relativas à associação entre saúde e capacidade de desempenhar as atividades funcionais, instrumentais e avançadas e ter a competência na resolução de problemas integram-se à idéia do idoso autônomo como inverso de ser dependente. Desta forma, esta fase da vida não deve ser entendida como uma fase apenas de dependência e fragilidade, mas também de demonstração de competências e

capacidades. Os idosos que não possuem grandes perdas funcionais se julgam em uma condição satisfatória ao se compararem com quem tem perdas maiores (GUEDEA et al, 2006).

Assim, a capacidade funcional do idoso é um fator decisivo para promoção de um envelhecimento com maior qualidade de vida. Neste aspecto, a capacidade funcional é indissociável do envelhecimento saudável, visto que, a própria literatura ao trazer o conceito subjetivo de saúde adotado pelos idosos, alega que a saúde para essa faixa etária não está vinculada a ausência de patologias, mas sim, a capacidade do idoso ser ativo e crítico socialmente, desempenhar suas atividades básicas e instrumentais da vida diária de forma independente, exercer seus papéis enquanto cidadão com direitos e deveres, sendo o detentor da sua liberdade, realizando escolhas, definindo caminhos e descobrindo o real significado de sua presença para a sociedade.

2.2 Suporte familiar x capacidade funcional do idoso

Guimarães (2006) relata que existe uma tendência em considerar que todos os componentes de uma faixa etária são iguais e que isto se constitui em um grande engano, visto que, não é apenas o tempo que determina as características da velhice, já que esta é uma fase na qual nem sempre os limites são bem claros. Outro fator que deve ser avaliado é que o envelhecimento não é algo pontual, mas sim um processo no qual cada indivíduo perpassa por experiências únicas que culminarão no desenvolvimento de características ímpares na velhice. Reafirmando a singularidade que cada idoso adquire ao longo do processo de envelhecimento é relevante considerar a representação deste para a sociedade, bem como o papel que desempenha nas relações familiares e sociais.

A família sofre transformações, principalmente no que tange aos papéis exercidos por seus membros, a partir do momento em que seus componentes envelhecem (LUZ; AMATUZZI, 2008). Desta forma, a maneira pela qual cada família acolhe essas transformações e confere valores ao envelhecimento é única, visto que estes valores são atribuídos conforme as particularidades de cada família, podendo apresentar aspectos de satisfação ou de repugnância (MENDES et al, 2005).

Assim, não há como discutir a relevância da família para o bem-estar do idoso, sem trazer os motivos dos arranjos domiciliares, bem como as formas como o sistema familiar pode apresentar-se. Neste aspecto, conhecer o contexto ao qual o idoso vive a maior parte de seu tempo é fundamental para entender alguns aspectos peculiares dentre os componentes desta faixa etária.

No que se refere à predominância dos arranjos familiares, Texeira (2008) argumenta que existe muitas famílias nas quais os idosos moram sozinhos em sua residência ou os idosos convivem junto ao companheiro, a esta predominância justifica-se o fato de que os filhos ao crescerem saem de casa para constituírem novas famílias, ou o casal não possuiu filhos, ou ainda, os filhos não moram com eles. Acreditava-se que, com a queda da fecundidade, da natalidade, com o aumento da longevidade, da urbanização e da industrialização, as famílias de idosos estariam cada vez menos numerosas.

Todavia, esta mesma autora traz um perfil diferenciado para a sociedade brasileira, na qual as famílias mais pobres constituem-se em famílias numerosas e nas quais várias gerações (pais, filhos, netos, dentre outros) compartilham de uma mesma residência, convivendo juntos como estratégia de sobrevivência. É neste contexto que as famílias assumem a responsabilidade sobre o cuidado com seus parentes que demandam de maiores necessidades, resultando em uma residência multigeracional, na qual os beneficiados em algumas situações são os idosos e em outras seus filhos e netos.

Leite et al (2008) reafirmam o que Teixeira (2008) trouxe, ao relatarem que, na contemporaneidade as residências multigeracionais de uma mesma família, é uma possibilidade de arranjo familiar e que tal fato permite a convivência de diferentes costumes, valores, crenças e percepções de mundo em um mesmo ambiente doméstico. Contudo, tais autores ainda acrescentam que esta situação é propícia para o aparecimento de conflitos entre as gerações.

Esta tendência à presença de lares multigeracionais como estratégia de sobrevivência, gera efeito na qualidade dos relacionamentos familiares e conseqüentemente, sobre a qualidade do cuidado. Logo, uma família que desenvolve sua história alicerçada em boas relações, isto é, uma família funcional, possui maior probabilidade de prestar uma assistência mais adequada ao idoso, possibilitando-o um maior equilíbrio e bem-estar. A OPAS orienta que "... como a atenção dispensada pela família é o elemento básico do cuidado às pessoas de

idade cuja saúde é frágil, os governos se verão obrigados a formular programas de respaldo às famílias em sua função de prestadoras de cuidados” (MAZZA; LEFEVRE, 2005, p. 61).

De um modo geral, ao se pensar no cuidado ao idoso na conjuntura familiar deve-se considerar a complexidade da realidade que o cerca. Sendo esta marcada por variáveis psicológicas, sociodemográficas e culturais, bem como pela história do relacionamento familiar, pela natureza das necessidades e das demandas de cuidados para suprir tais necessidades, pelos recursos financeiros e apoios oferecidos por organizações formais ou informais e pelo julgamento subjetivo que o cuidador e os outros componentes da família, estabelecem acerca do cuidar e das etapas da vida (PAVARINI et al, 2009).

No que tange ao sistema familiar este pode se constituir em um sistema funcional ou disfuncional e são as características apresentadas por cada família que serão preditoras da presença ou ausência da funcionalidade familiar. O conceito de funcionalidade familiar refere-se à família que apresenta em suas relações familiares o companheirismo, adaptação, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução junto aos seus membros. A funcionalidade familiar é definida também como o movimento das relações desenvolvidas intrinsecamente nas famílias durante a construção de sua história (TORRES, et al, 2009).

Já os sistemas familiares disfuncionais representam os que não apresentam um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus integrantes. Neste tipo de família seus componentes estão habituados a priorizar seus interesses individuais em detrimento do grupo, não assumindo seus papéis dentro do sistema. Com frequência são observados a superficialidade, instabilidade, hostilidade e o alto grau de agressividade nos vínculos afetivos estabelecidos entre seus membros, mesmo quando não abertamente expostos (BRASIL, 2007).

Mendes et al (2005) reforçam a relevância da funcionalidade familiar para o cuidado ao referir que o ambiente familiar pode motivar o comportamento e as características apresentadas pelo idoso. Nas famílias em que prevalece a desarmonia, o não reconhecimento de limites e a falta de respeito para com o outro, as relações são construídas em meio a frustrações, levando ao desenvolvimento de indivíduos agressivos e deprimidos. Tais peculiaridades geram um atraso na vida das pessoas envolvidas. O idoso passa a ter medo de errar e de receber punições pelos seus erros, isto leva o mesmo a isolar-se não apenas no ambiente familiar, mas também socialmente.

Torres et al (2009) consideram a família como uma rede integrada, sendo assim, a saúde de cada componente afeta cada um de seus integrantes. Neste aspecto, a família almeja ou pelo menos deve almejar contribuir com o indivíduo no desenvolvimento de uma personalidade afetiva, responsável e autônoma. Quando estas características são desenvolvidas, não trazem vantagens apenas para o idoso, mas também para toda família, visto que, os componentes da família estão atrelados entre si, desta maneira o bem-estar de um reflete em um maior bem-estar dos outros componentes e o inverso também acontece.

Um estudo multicêntrico conduzido na Finlândia, Holanda e Espanha, fez uma comparação entre a prevalência, à incidência e a recuperação da incapacidade nos idosos que vivem na comunidade e demonstrou que embora haja diferenças culturais, os laços sociais (familiares e não-familiares) são protetores da incapacidade na velhice (SOUZA; SKUBS; BRETÃS, 2007 apud TORRES et al, 2009). Neste aspecto, segundo este estudo não é apenas a família, que colabora de forma significativa para que o idoso goze de uma velhice com maior independência dentro das suas possibilidades, existem também outros fatores que influenciam neste processo, promovendo um envelhecimento mais saudável.

Torres et al (2009) reafirmam a relevância da família ao relatar que os idosos que possuem uma boa interação com a família e seu grupo social possuem maiores chances de viverem mais, bem como, apresentam melhor capacidade de recuperação das patologias, sendo o isolamento social um fator de risco à morbimortalidade. Carneiro et al (2007) argumentam que diversos estudos tem relatado a idéia de que as relações sociais podem de diversas maneiras, promover condições de saúde melhores para os idosos. Além disso, a escassez de convivência social desencadeia vários efeitos negativos na capacidade cognitiva geral.

A partir do pressuposto de que o idoso é um integrante da família, esta tem o dever de colaborar para a aquisição de melhorias em sua vida e não deve lhe encarar como um peso (LUZ; AMATUZZI, 2008). Logo, o idoso é tido como membro de um sistema familiar construído no decorrer de anos de convivência e tais anos podem influenciar direta ou indiretamente na maneira pela qual o envelhecimento se estabelece, tornando-o mais ou menos saudável.

Torres et al (2009) trouxeram em seu estudo a existência da relação entre a funcionalidade familiar, a autonomia e a independência do idoso, a partir do momento em que se supõe que nas condições de disfuncionalidade as famílias poderiam ter a sua capacidade

assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos, podendo desta forma interferir na independência, autonomia e qualidade de vida dos mesmos. Estes autores ainda trazem que, comumente, a imobilidade em idosos é estimulada pela família que avalia a velhice como período de repouso.

Diferentemente desta percepção que atribui à família uma grande responsabilidade e relevância no processo de manutenção, recuperação e reabilitação da autonomia e independência do idoso, Firmino (2006) apud Cancela (2008) traz o processo do envelhecimento sob a perspectiva fisiológica, relatando ainda que uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais em consequência apenas da idade avançada sobre o organismo, gera um declínio gradual das funções fisiológicas. Cancela (2008) afirma que tais alterações caracterizam-se acima de tudo pela redução progressiva da reserva funcional do organismo.

Del Duca, Silva e Hallal (2009) também seguem a mesma linha de raciocínio de Firmino (2006) ao apontar que tanto no que tange as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) quanto as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's), o aumento da idade está ligado a maiores ocorrências de incapacidade funcional. Assim, o avanço da idade cronológica, incorporado ao processo de envelhecimento, relaciona-se diretamente com os maiores níveis de incapacidade funcional.

Já Paschoal (2007) traz que as patologias crônicas induzem a uma maior prevalência de incapacidades, além disto, o mesmo autor considera o envelhecimento um processo natural que leva a redução da capacidade funcional de cada sistema do organismo humano, a isto se denomina envelhecimento funcional. Este autor ainda refere que este fenômeno é muito mais relevante do que o envelhecimento cronológico trazido pelos autores anteriormente citados, contudo, é o envelhecimento cronológico que possui grande valor na cultura brasileira.

O mesmo autor ainda relata que a partir dos trinta anos, com o decorrer dos anos, existe uma deterioração gradual do desempenho funcional do ser humano, tal fator é tido como inexorável e universal, ou seja, todas as pessoas vivenciam este declínio. A velocidade que esse declínio funcional adquire em sua trajetória é que depende de vários fatores tais como: constituição genética, meio ambiente, hábitos e estilos de vida, contexto socioeconômico e cultural, assim como o fato de viver em uma sociedade com maior ou menor desenvolvimento. Incidentes críticos, a exemplo de patologias e acidentes, conduzem este indivíduo a uma maior rapidez do processo de declínio funcional.

A literatura gerontológica define a dependência como a incapacidade do sujeito funcionar de maneira satisfatória sem a colaboração de outras pessoas, devido a limitações físico-funcionais, cognitivas ou ambas as condições. A dependência é equivocadamente considerada por muitos como uma condição obrigatória e unidimensional na velhice, contudo, ser idoso não é sinônimo de ser dependente, já que a dependência nesta faixa etária é uma condição com várias faces e determinada por inúmeras variáveis em interação (NERI, 2006).

2.3 Políticas públicas frente às necessidades percebidas e atitudes do adulto na relação com o idoso

A portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 considerando o processo de revisão e atualização do constante da Portaria nº1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que traz dentre suas diretrizes a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional (BRASIL, 2006).

O cumprimento da diretriz acerca da promoção do envelhecimento saudável envolve a prevenção de agravos à saúde e a identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, em que o progresso prejudicará as habilidades e a autonomia dos idosos. O cumprimento da diretriz sobre a manutenção da capacidade funcional incluirá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento, no que se refere à melhoria e manutenção das capacidades funcionais desta faixa etária. Para tal, serão necessários processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a utilização dos recursos e meios disponíveis (BRASIL, 2006).

Quando o idoso perde sua condição de chefia e decisão a qual estava habituado, o relacionamento entre pais e filhos sofre transformações. Por conseguinte os idosos ampliam seu grau de dependência e uma inversão de papéis constitui-se. Os filhos comumente assumem a responsabilidade pelos seus pais, esquecendo-se muitas vezes da necessidade que o idoso possui de ser ouvido com atenção, participar das decisões familiares e de estabelecer diálogo positivo. Geralmente, quando os pais demonstram a vontade de dialogar, percebem que seus filhos não gozam de tempo para escutar suas preocupações e inquietações (MENDES et al, 2005).

Nota-se que há uma conduta recíproca da sociedade e do indivíduo, voltada para manutenção do idoso afastado do convívio social. Nesse sentido, à medida que ele se afasta a sociedade proporcionalmente fornece-lhe menos oportunidade de integração com o meio social. Associado a isto, se acrescenta o fato de que a restrição deste ao lar diminui seus contatos sociais e origina introspecção. Estas circunstâncias inviabilizam o idoso de desfrutar da sua liberdade (D'ALENCAR et al, 2006).

De acordo com Pavarini e Neri (2005), existem preconceitos científicos referente à velhice e ao idoso que são ratificados pela aceitação e propagação da idéia de que a velhice é uma fase que comporta somente e basicamente patologias, degeneração, perdas e dependência. Esses preceitos científicos, embora não sejam os únicos determinantes dos conceitos e práticas sociais em relação aos idosos, podem colaborar para o estabelecimento de políticas públicas discriminatórias na esfera da educação, do trabalho e dos serviços de saúde.

Estes autores ainda acrescentam que na esfera familiar, os idosos acabam sendo muitas vezes vitimados. Tais fatos são colaboradores para que seja ofertado um cuidado superprotetor que repercute negativamente para o idoso. Assim, estes comportamentos cooperam para que este grupo etário se transforme em indivíduos gradualmente mais dependentes, ao em vez de proporcionar meios para maior aquisição de autonomia e independência, indo muitas vezes de encontro à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Outra diretriz considerada essencial para o alcance do propósito da política pública voltada para o idoso é o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Esta abarca o desenvolvimento de parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos e necessários às suas atividades diárias e pela continuidade das orientações emitidas pelos profissionais. Tais parcerias são descritas por estudos e pesquisas acerca do envelhecimento em dependência, como a estratégia mais atual e menos dispendiosa para conservar e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que fazem parte deste processo (BRASIL, 2006).

De acordo com Gonçalves, Alvarez e Santos (2005) o cuidado ao idoso, esteja este gozando de saúde ou doença, envolve atividades que mesmo quando não complexas, apresentam características específicas. Portanto, torna-se necessário uma atenção especial ao indivíduo executor desta função, para que o mesmo tenha um suporte que lhe permita o desenvolvimento destas atividades de maneira adequada sem causar prejuízos ao idoso.

A principal fonte de suporte para essa população de idosos no século XXI continua sendo a família, especialmente as que residem em domicílios multigeracionais e que coabitam com o idoso. Este faz parte de uma parcela da população idosa caracterizada como sendo mais pobre, apresentando maiores problemas de saúde e mais dependência na realização das atividades da vida diária do que a média dos idosos (RAMOS, 2003).

Assim, muitas vezes, o enfrentamento do desconhecido, ao se deparar com um integrante da família necessitando de seus cuidados especiais, traz ao cuidador familiar uma tarefa de enorme responsabilidade, para a qual nem sempre está preparado a assumi-la. Tal situação leva este cuidador a lidar com circunstâncias sobre as quais não tem domínio, o que, conseqüentemente, o faz conviver com incertezas. É neste momento que os serviços de saúde devem prestar sua assistência não apenas voltado às necessidades do idoso, mas também para as necessidades do cuidador, principal peça para a obtenção de resultados positivos ou negativos na manutenção do estado de saúde deste grupo etário (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Mesmo diante do fato de uma grande parcela da literatura abordar o sistema familiar como peça chave no contexto do idoso, Jardim (2007) afirma que as famílias do idoso muitas vezes não estão preparadas para perceber e lidar com as inúmeras transformações que chegam com o envelhecimento e mesmo querendo colaborar, não consegue dispor de um cuidado ou uma convivência adequada para com essa faixa etária. Neste sentido, a família deve se preparar para prestar um cuidado responsável e adequado para com o idoso. Um aspecto pertinente nesta preparação é o familiar conseguir enxergar o idoso como sendo um indivíduo que possui desejos, necessidades e metas de vida próprios. Às vezes os familiares que assumem a responsabilidade do cuidado buscando proteger o ente querido, se excedem na dose de proteção e em consequência limita sua autonomia e, portanto, seus sonhos (LEME, 2007).

Pesquisas na área da Enfermagem Gerontológica demonstram que há uma escassez de capacitação e suporte para os familiares leigos que convivem com os idosos e exercem atividades de cuidados para com estes. Contudo, assim como o já relatado pela portaria nº 2.528/2006 e em conformidade com estudos, uma das alternativas mais relevantes para assegurar a independência do idoso, bem como o envelhecer saudável, é a ação educativa para esta parcela da sociedade. Todavia, tem-se notado que infelizmente, o modelo assistencial desenvolvido pelo (SUS) é curativista, desvalorizando a co-autoria do sujeito no processo do

cuidar, bem como dos familiares que convive com este e que muitas vezes se constituem em seus cuidadores (MARTINS et al, 2007).

A elaboração e a execução de estratégias intervencionistas direcionadas para a identificação de causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda de independência na vida diária deveriam constituir-se como prioridade do sistema de saúde, sempre considerando a saúde e o bem-estar da crescente população de idosos. A meta primordial do sistema deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, incluindo-o ou mantendo-o na comunidade, por uma maior quantidade de anos possível, aproveitando ao máximo sua independência (RAMOS, 2003).

A intervenção educativa é uma estratégia que se constitui em um meio para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade, bem como, pela sua condição de saúde que pode contribuir para transformação no estilo de vida, beneficiando o conhecimento e propiciando também o aprendizado de novas formas de cuidar pelo familiar, ampliando as oportunidades para resgatar o bem-estar físico e emocional do idoso. A Educação em Saúde é vista por estudiosos como um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma maior qualidade de vida (MARTINS et al, 2007).

Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) reforçam a relevância da capacitação do cuidador familiar, trazendo-a como uma necessidade da sociedade ao se considerar o elevado envelhecimento da população e a crescente incidência de doenças crônico degenerativas nesta faixa etária. Contudo, apesar do avanço da legislação sobre as necessidades do idoso, percebe-se que o Estado ainda não evoluiu no que tange aos programas de capacitações de cuidadores familiares, devolvendo o idoso portador de patologias ao seu ambiente familiar sem uma estrutura adequada para tornar-se novamente apto a exercer seus papéis sociais dentro das possibilidades.

Fernandes e Garcia (2009) relatam que a vivência do cuidado a um idoso dependente tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma missão estressante e cansativa. Isto se justifica em decorrência dos laços afetivos, bem como, pelo fato de haver uma mudança na relação que, anteriormente, apresentava reciprocidade e neste momento o idoso passa a apresentar uma relação de dependência, na qual o familiar responsável pelo cuidado, ao executar atividades voltadas para o bem-estar físico e psicossocial da pessoa idosa, tem sua vida restrita, comprometendo até suas atividades de lazer.

A manutenção da capacidade funcional é uma atividade multiprofissional, nas quais se enquadram enfermeiras, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade, principalmente no que tange a atenção básica (RAMOS, 2003).

Assim, a Unidade de Saúde da Família (USF), em seu papel de porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), se constitui em instrumento de extrema relevância à manutenção, aquisição e reabilitação da independência do idoso. A educação em saúde, devido a seus benefícios deve ser integrada ao cotidiano dos serviços de saúde, cabendo ao profissional, fazer uma abordagem da mesma não apenas com orientações direcionadas ao idoso, mas também a família no convívio com este e/ou as pessoas que assumem o papel de cuidadoras. Os sistemas familiares funcionais representam para os profissionais de saúde, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso (BRASIL, 2006).

Fernandes e Garcia (2009) relatam que a responsabilidade exercida diante do cuidado aos idosos, principalmente os que estão na condição de dependência, bem como, os benefícios que um cuidado adequado proporciona, faz com que o cuidador familiar deva ser incluído também como um cliente que merece ser assistido pelos serviços de saúde. Tais autores referem que mesmo diante da importância do familiar frente ao bem-estar do idoso, nos países latino-americanos, esta atividade ainda não está incorporada aos serviços de saúde, mesmo já sendo considerada há certo tempo nos países desenvolvidos.

No que tange ao Brasil, estes mesmos autores trazem que os efeitos da dependência do idoso sobre a família que pratica o cuidado tem tido nos últimos anos, algumas intervenções realizadas por profissionais e pessoas voluntárias. Estas intervenções são, majoritariamente, fundamentadas em dados não oriundos de investigações organizadas, sistematizadas e metodologicamente adequadas, ou seja, não possuem um embasamento científico que comprovem a adequação das ações desenvolvidas como benéficas para os idosos.

Tais autores complementam ainda a necessidade de investigações que venham proporcionar aos profissionais de saúde, que prestam atendimento aos cuidadores familiares, o reconhecimento de características clínicas de tensão proveniente desta ação do cuidar, já que estes concebem informações relevantes que possibilitam mensurar o fenômeno no âmbito da pesquisa e da prática clínica. A identificação destas características poderá colaborar para a construção de um plano de ação sistematizado e individualizado para o

cuidador, permitindo desse modo, que haja a efetividade de sua habilidade para o cuidar, tanto no que se refere a si próprio, quanto ao idoso.

Gonçalves, Alvarez e Santos (2005) ressaltam que as ações voltadas ao indivíduo que convive com o idoso deve ser criteriosa e voltada para contextos e situações específicas. A isto se deve o fato de que nem todo idoso possui as mesmas características, como exemplo, a dependência de uns e a independência de outros. As orientações direcionadas ao cuidador leigo, que desempenhará determinadas atividades básicas da vida diária para um idoso dependente, deverão ser diferentes daquele cuidador leigo que assumirá apenas a função de acompanhante domiciliar de um idoso independente em suas funções físicas.

3. METODOLOGIA

“O método científico é a maneira pela qual é construído o conhecimento na área da ciência, sendo basicamente o mesmo para todos os campos do saber” (NETTO, 2006, p.166).

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de campo, quantitativo, de natureza transversal destinado a avaliar o funcionamento cognitivo, os aspectos psicossociais e o sistema familiar da população idosa cadastrada na UBS- CentroSaj, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba. A pesquisa quantitativa é caracterizada na fase da coleta de dados, bem como em sua análise, pela utilização de técnicas estatísticas. Sua prática objetiva a garantia de uma maior precisão na análise e interpretação dos resultados, buscando, desta forma, ampliar a margem de confiabilidade no que se refere às inferências dos resultados obtidos (BAPTISTA; CUNHA, 2007).

Tais autores ainda afirmam que o estudo transversal se constitui em uma peça de grande valor no que tange a descrição de características da população, a identificação de grupos de risco, bem como a ação e o planejamento em saúde. É válido salientar que este tipo de estudo quando utilizado de acordo com suas indicações, vantagens e limitações, podem fornecer informações valiosas para o progresso do conhecimento científico.

3.2 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte da pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM) localizado no município de Cruz das Almas – Bahia sob o protocolo n°. 034/2011 (ANEXO A).

Desta forma, este estudo está de acordo com o preconizado pela Resolução n°. 196/96, que objetiva assegurar os direitos e deveres referentes à comunidade científica, aos

sujeitos da pesquisa e ao Estado. Faz-se pertinente elencar, que foram respeitados durante a produção deste estudo os quatro pilares da bioética, incorporados pela Resolução supramencionada, no que tange ao indivíduo e as coletividades, que se constituem em autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, entre outros (BRASIL, 1996).

A coleta de dados realizou-se após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B) junto ao idoso e o adulto/cuidador e a assinatura de um dos sujeitos. Desta forma, os sujeitos deste estudo ficaram cientes da privacidade e do anonimato em relação às informações fornecidas, bem como, do(s) seu(s) direito(s) de recusar a participar do estudo, ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Foi fornecida aos sujeitos uma cópia do TCLE, na qual constavam números de telefone fixo e móvel para contato com a coordenadora da pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”.

3.3 Campo de estudo

Este estudo foi realizado no município de Santo Antonio de Jesus localizado no Brasil, mais especificamente no Recôncavo da Bahia. O distrito de Santo Antônio de Jesus foi criado pela Lei Provincial n.º 448, de 19 de junho de 1852, e o Município, com um único distrito, desmembrado do Município de Nazaré, pela de n.º 1.952, de 29 de maio de 1880. Sua instalação ocorreu a 04 de março de 1883. Dois distritos: Santo Antônio e Vargem Grande passaram a compor o Município, de 1933 a 1943. Posteriormente figura com o distrito-sede Santo Antônio de Jesus e o de Varzedo. Por Lei de 15 de outubro de 1827, criou-se o Distrito de Paz. Termo judiciário da Comarca de Nazaré, até 31 de dezembro de 1943, quando foi criada a Comarca de Santo Antônio de Jesus (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2010).

De acordo com dados do IBGE 2010, possui uma população total de 90.985 habitantes, área de unidade territorial de 261.348 Km² e densidade demográfica de 348,14 hab/Km². Encontra-se situado às margens da rodovia BR 101 e dista da capital Salvador 187 Km, por via terrestre, e 90 Km por via marítima (ROSA; COELHO, 2008).

No que tange ao setor da saúde, o município de Santo Antonio de Jesus exerce um papel pertinente, sendo núcleo da micro região leste e sede da 4ª Diretoria Regional de Saúde

(DIRES). Segundo o explicitado no Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde, na versão 2002, o Estado da Bahia foi subdividido em sete macrorregiões de saúde, que correspondem a grandes áreas com características físicas e socioeconômicas relativamente peculiares. A região Nordeste do estado da Bahia compreende o litoral norte do Estado e o Recôncavo, onde está localizada a Região Metropolitana de Salvador. Nela estão situados cento e um municípios em dez micro regiões, com uma população total de 5.265.302 habitantes, que representam 39,8% da população do Estado (BAHIA, 2004).

A UBS-CentroSaj trata-se da maior unidade de saúde do município, abrangendo 22 micro-áreas. Esta unidade localiza-se na Rua Armando Tavares, nº145, Centro, Santo Antônio de Jesus-Ba, CEP: 44571017. Possui CNES: 3924548 e gestão municipal, sendo de personalidade jurídica e tendo por natureza de organização a administração direta da saúde (Ministério da Saúde - MS, Secretaria Estadual de Saúde - SES, Secretaria Municipal de Saúde - SMS).

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no ano de 2010, estavam cadastradas 1344 famílias com a presença de idosos, totalizando 16,8% das famílias com idosos cadastradas nos 20 USFs da zona urbana da cidade.

3.4 Sujeitos

A pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência de famílias com a presença de idosos cadastrada no Programa de Saúde da Família (PSF) da UBS-CENTROSJ do município de Santo Antônio de Jesus. Foram entrevistados os idosos residentes no domicílio e seu familiar cuidador ou aquele mais próximo do idoso e principal provedor de apoio (potencial cuidador no futuro).

No que concerne aos idosos, os critérios utilizados para a inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado no PSF da UBS-CENTROSJ do município de Santo Antônio de Jesus - Ba; ter interesse em participar da pesquisa após tomar conhecimento do processo; ter aceitado e assinado o TCLE.

Os critérios utilizados para exclusão dos idosos: não serão incluídos na pesquisa idosos institucionalizados; idosos com déficit auditivo ou visual grave ou estado de saúde que impossibilita a participação na pesquisa; não concordância em participar da pesquisa.

Participaram 87 idosos com idade média de 72,4 anos (DP=8,3), sendo a maioria do sexo feminino (77%). Quanto à raça, 33,3% se declararam brancos, 31% negros e 35,6% pardos. A maior parte tem baixa escolaridade (56,3% ensino fundamental incompleto; 26,4% analfabeto), recebe aposentadoria (75,9%) e possui uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (69%). Em relação ao estado civil, 52,9% é viúvo, 26,4% casado, 12,6% divorciado e 8% solteiro.

Em relação ao adulto/cuidador foram utilizados como critérios de inclusão: residir no mesmo domicílio que o idoso, ter idade maior que 18 anos, ser o cuidador ou aquele mais próximo do idoso e principal provedor de apoio (potencial cuidador no futuro), estar cadastrado no PSF da UBS-CENTROSAJ do município de Santo Antônio de Jesus – BA; ter interesse em participar da pesquisa após tomar conhecimento do processo; ter aceitado o TCE do estudo e ter entrado em consenso com o idoso para a assinatura do mesmo. O critério de exclusão do adulto/cuidador se refere a não concordância deste em participar da pesquisa.

Foram entrevistados 34 familiares, sendo 91,2% mulheres, com idade média de 41,3 anos (DP=14,0). Quanto ao estado civil, 50% eram solteiras, 38,2% casadas, 5,9% viúvas e 5,9% divorciadas. A maior parte tem mais de 8 anos de escolaridade (64,7% entre 9 a 11 anos e 8,8% mais de 11 anos).

3.5 Instrumentos

1. Ficha de informações sócio-demográficas para caracterizar os idosos quanto a: idade, sexo, estado civil, escolaridade e arranjo domiciliar (ANEXO C);

2. Questionário de Doenças e de Sinais e Sintomas Auto-Relatadas (ANEXO D) que é composto por dois sub tópicos: o questionário acerca das doenças diagnosticadas por profissionais médicos nos últimos 12 meses, de acordo com o auto-relato (pressão alta; diabetes; problema cardíaco; tumor maligno; embolia, derrame; doença pulmonar crônica; artrite, artrose e osteoporose); e questionário acerca dos sintomas e sinais auto-relato

(relacionados à hipertensão e ao diabetes, dor, quedas, problemas de memória e depressão) (DOMINGUES; NERI, 2009). Avalia as condições de saúde da população, por meio do auto-relato de sinais, sintomas ou patologias (MENDOZA-SASSI et al, 2006).

3. Para avaliar o desempenho nas atividades de vida diária (BRASIL, 2006): 1) INDEX de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz (ANEXO E): avalia a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD's; 2) Escala de Lawton (ANEXO F): avalia o desempenho funcional em termos de atividades instrumentais e os idosos são classificados como independentes, dependentes parcialmente ou dependentes no desempenho de nove funções;

4. ISEL Reduzido - *Interpersonal Support Evaluation* (FORTES, 2005 apud FORTES; RABELO, 2010) (ANEXO G). Avalia a percepção de suporte social, indicativos de disponibilidade de apoio social afetivo, instrumental, e informativo. Os sujeitos são solicitados a dizer com que frequência numa semana ocorriam as seguintes situações: 1) encontrar pessoas para conversar ao se sentirem sozinhos; 2) encontrar e conversar com amigos e familiares; 3) encontrar pessoas para ajudar nos afazeres se estiverem doente; 4) ter com quem contar ao precisar de uma sugestão de como lidar com um problema; e 5) ter pelo menos uma pessoa em cuja opinião confiam plenamente. Os itens são respondidos numa escala de 4 pontos (1=nunca; 2=às vezes; 3=maioria das vezes; 4=sempre);

5. APGAR de Família - *Adaptation Partnershíp Growth Affection Resolve* (BRASIL, 2007) (ANEXO H). É uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção do idoso quanto aos itens: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva em uma escala de 0 (nunca), 1 (algumas vezes) ou 2 (sempre);

6. Questionário sobre o adulto residente no mesmo domicílio do idoso, atitudes do familiar frente ao idoso e necessidades apontadas pelo familiar quanto à orientação para lidar com o idoso (SILVA, 1994) (ANEXO I);

7. Escala de ônus adaptada para avaliação de dificuldades em lidar com idosos (SILVA, 1994) (ANEXO J), constituída por 26 situações típicas do convívio com idosos (dificuldades de ordem física e instrumental, em relação às atitudes do idoso no cotidiano e associadas ao sentimento do familiar).

3.6 Procedimentos

A escolha destas famílias foi realizada por conveniência. Os domicílios com idosos foram identificados pelos agentes comunitários de saúde que forneceram endereços, alguns domicílios foram identificados pelos pesquisadores ou indicados por pessoas da comunidade.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio do idoso por três estudantes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), bolsistas voluntários do Projeto de Pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, sendo desta forma, devidamente treinados para este fim. As famílias que se dispuseram a participar do estudo foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa, da sua opção individual em decidir por participar ou não, do sigilo da identidade e da liberdade para retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízos ao seu cuidado. Após a resposta afirmativa do sujeito em colaborar, será solicitado que este assine o Termo de Consentimento Esclarecido (TCE) de acordo com as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

3.7 Digitalização e análise de dados

Inicialmente foi construído por bolsistas voluntários do projeto um banco de dados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 8.0, sob a supervisão e orientação da coordenadora Projeto de Pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”. Em virtude de este estudo apresentar 02 tipos de dados, sendo estes objetivos e subjetivos, o processo de organização e preenchimento do banco de dados aconteceu em duas etapas: categorização dos dados subjetivos e digitalização dos dados objetivos e subjetivos.

Para a categorização dos dados subjetivos, foi utilizado o programa do Excel. Cada um dos 03 bolsistas voluntários digitou no Excel os dados subjetivos de cada sujeito da pesquisa, que ficou sob sua incumbência. Posteriormente, os bolsistas voluntários se reuniram e categorizaram os dados do Excel, acrescentando-os ao banco de dados.

Cada bolsista possuía uma cópia do banco de dados e desta forma puderam preenchê-lo individualmente, com os dados das famílias as quais o mesmo ficou responsável pela coleta. Suprido esta etapa de digitalização individual, houve a união dos bancos de dados, em um único banco de dados contendo os dados dos 03 bolsistas voluntários. Depois de finalizado esta etapa houve a conferência do banco de dados para possível identificação e correção de erros.

Após a construção do banco de dados do projeto, os dados foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS e foram feitas estatísticas descritivas e correlações. Posteriormente, os dados foram descritos e transformados em informações através da realização de correlações e análise ancorando-se na literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES:

4.1 Arranjo domiciliar e configuração familiar

Um estudo desenvolvido pela ONU analisou os arranjos domiciliares dos idosos, a partir da demonstração de dados comparativos de 13 países (UNITED NATIONS, 2005 apud CAMARGOS; MARCHADO; RODRIGUES, 2007). As conclusões de tal estudo apontaram que existe uma mobilidade em prol da vida independente (sozinho ou sozinho com o cônjuge) mais solidificada nos países desenvolvidos, nos quais se considera comum o fato dos idosos residirem em domicílios diferentes dos seus filhos, o que não ocorre nos países em desenvolvimento, onde os idosos em sua maioria residem no mesmo domicílio com seus filhos.

Observa-se então que quanto mais elevado for o nível de desenvolvimento econômico do país, mais baixas são as taxas de co-residência entre os idosos. No Brasil, a co-residência permanece elevada entre os idosos, sendo que a composição e o tamanho dos arranjos domiciliares variam de acordo com o tempo e entre as várias regiões (CAMARGOS; MARCHADO; RODRIGUES, 2007). A tabela 01 traz o quantitativo e o percentual de idosos de acordo com os integrantes dos arranjos domiciliares.

Tabela 01: Descrição do arranjo domiciliar dos idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Arranjo domiciliar do idoso	Idosos de acordo com os integrantes do arranjo domiciliar	
	n	%
Mora com filhos	29	33,7%
Mora sozinho	17	19,8%
Mora com netos	15	17,4%
Mora com cônjuge e com filhos	11	12,8%
Mora com o cônjuge, filhos e netos	11	12,8%
Mora com cônjuge ou companheiro	03	3,5%

A média de filhos dos idosos deste estudo é de 4,9 (DP= 3,2), variando de nenhum até o máximo de 14 filhos. Tais dados retratam a acentuada co-residência de filhos com idosos, quando comparados com outros sujeitos que também residem com estes. O reduzido percentual de idosos

que moram sozinhos ou com o cônjuge (ambos totalizam 23,3%) reafirma a diminuição da mobilidade em prol da independência por idosos dos países em desenvolvimento, quando comparados com os desenvolvidos, afirmando os achados do estudo anteriormente citado.

No que concerne ao tipo de arranjo domiciliar, 48,8% dos idosos possuem lar unigeracional, enquanto que 51,7% residem em lar multigeracional. O maior percentual de idosos que residem em lar multigeracional pode ser explicado em virtude de que os brasileiros idosos, neste início do século XXI são procedentes de uma época em que os valores culturais eram bem definidos e caracterizados pela relevância do papel da família ampliada, enquanto importante provedora das necessidades de apoio social para seus integrantes. Desta forma, pode-se inferir que a valorização afetiva da família, enquanto suporte social permanece enraizada nas atitudes e escolhas da maioria da população idosa brasileira (LEME; SILVA, 2002).

Segundo Camarano et al (2004), os arranjos familiares que se espera para famílias com idosos são do tipo casal com filhos ou famílias unipessoais, isto é, idosos morando sozinhos. O estado conjugal é um determinante pertinente dessa forma de arranjo, assim como, a independência dos filhos evidenciada pela saída destes de casa. Esses dois tipos de arranjos designam a presença de autonomia física, mental e financeira, pelo menos, dos idosos chefes de família. De maneira geral, a co-residência pode ser tida como uma estratégia familiar usada para beneficiar tanto as gerações mais jovens quanto as mais velhas.

Dos idosos que moram sozinhos, 52,9% (n=09) possuem parentes que residem no mesmo bairro, 17,6% (n=03) possuem parentes que residem em bairro vizinho, 17,6% (n=03) possuem parentes que residem na mesma cidade e 11,8% (n=02) dos idosos possuem parentes que moram no mesmo estado. Estes dados estão em conformidade com os resultados de um estudo realizado por Pinheiro et al (2008), o qual também traz que, geralmente, os membros da rede familiar residem próximo ao idoso. Os resultados obtidos em ambos os estudos demonstram a importância da família enquanto suporte social, mesmo para o idoso que decide morar sozinho, visto que, a grande maioria destes tem algum parente próximo. No entanto, ter parentes próximos não se traduz, necessariamente, em apoio.

No que tange ao papel de chefe da família a qual os idosos estão inseridos, 71,3% (n=62) dos idosos se consideram donos desta função, 13,8% (n=12) consideram o cônjuge, 10,3% (n=09) acreditam que o chefe da família seja o (a) filho (a), 3,4% (n=03) remetem este papel ao neto ou neta, e 1,1% (n=01) referem que o chefe da família é outra pessoa. Tal resultado condiz com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNDA

(2009) apud IBGE (2010), o qual referiu que 64,1% dos idosos ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio, ou seja, chefe da família.

Referente ao fato do idoso ser ou não proprietário da residência, 79,3% (n=69) dos idosos são os proprietários, 13,8% (n=12) não o são, enquanto que 6,9% (n=06) dos idosos residem na casa do familiar que é proprietário da residência. Verifica-se a estratégia de sobrevivência é um dos principais motivos para que estes arranjos sejam formados, e também a importância do suporte financeiro do idoso para o enfrentamento das dificuldades financeiras apresentadas pela família, tais achados estão de acordo com Teixeira (2008).

4.2 Condições auto-relatadas de saúde dos idosos

O idoso é mais suscetível à aquisição de patologias degenerativas de começo insidioso, como as doenças cardiovasculares e cérebro-vasculares, os transtornos mentais, o câncer e os estados patológicos que comprometem os sentidos e o sistema locomotor. Concomitantemente, existe uma diminuição sistemática do grau de interação social enquanto um dos sinais mais manifestos da velhice. As comorbidades estão tornando-se cada vez mais importantes, visto que estas são focos das principais preocupações em relação ao idoso. Estas se constituem em: Diabetes *Mellitus*, doença pulmonar, doença vascular periférica, doenças músculo-esqueléticas, doenças renais, doenças hepáticas, doenças valvulares degenerativas, doenças neoplásicas, depressão, rejeição, dificuldade de locomoção e doenças neurológicas (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

A tabela 02 demonstra como resultado a presença, nos idosos estudados, de várias das comorbidades trazidas por Zaslavsky e Gus (2002), demonstrando desta forma, um consenso relacionado a este aspecto.

Tabela 02 - Doenças auto-relatadas por idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Patologias	Idosos de acordo com as patologias auto-relatadas			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Pressão alta/Hipertensão	63	72,4	24	27,6
Problema do coração/ Doença do coração	30	34,5	57	65,5
Artrite ou reumatismo	22	25,3	65	74,7
Diabetes <i>Mellitus</i>	18	20,7	69	79,3
Osteoporose	15	17,2	72	82,8
Emolia/ Derrame	13	14,9	74	85,1
Tumor maligno/ Câncer	04	4,6	83	95,4
Doença pulmonar crônica	03	3,4	84	96,6
Depressão	03	3,4	84	96,6

A tabela 02 revela um resultado pertinente que se constitui no fato de que entre as patologias auto-relatadas a hipertensão arterial é a comorbidade que atinge o maior quantitativo de idosos, alcançando uma elevada prevalência de 72,4%. Este achado está de acordo como os dados do IBGE (2010), ao citar que, entre as doenças crônicas a hipertensão arterial é a patologia que apresenta maior evidência em todos os subgrupos de idosos.

Contudo, é válido elucidar que este estudo trouxe uma porcentagem de idosos portadores de hipertensão arterial mais elevada do que a mencionada no IBGE (2010), o qual trás proporções de 50% aproximadamente. Brasil (2007) afirma que a hipertensão arterial é um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão arterial não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

Outra comorbidade que apresenta níveis expressivos de prevalência neste estudo foi as doenças cardíacas, alcançando o patamar de 34,5% dos idosos. A artrite/ reumatismo aparece posteriormente, seguido do diabetes *mellitus*, da osteoporose e do derrame/embolia. Estas foram as principais comorbidades auto-relatadas pelos idosos, todavia, houve também relatos de tumor maligno/câncer, depressão e doença pulmonar crônica. Em síntese a média de doenças auto-relatadas por idosos foi de 2,2 (DP= 1,2).

Alves et al (2007) reafirmam os resultados encontrados neste estudo, ao referir que apesar do processo de envelhecimento não estar vinculado ao surgimento de patologias e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são comumente encontradas entre os idosos. Neste aspecto, pode-se referir à presença de uma tendência atual, na qual existe um crescimento do número de idosos, que mesmo ampliando sua expectativa de vida, possuem um maior quantitativo de condições crônicas.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Camarano e Mello (2010) reafirmam que a população muito idosa é a que está mais exposta às patologias e agravos crônicos não transmissíveis, estes por sua vez estão resultando em sequelas limitantes, que afetam o bom desempenho funcional, ocasionando conjunturas de dependência e por consequência, necessidade de cuidados. Desta forma, é esperado que haja uma elevação do número de pessoas que demandarão cuidados, fato este que pode vir seguido de um maior tempo passado na condição de demandantes de cuidados. A tabela 03 traz os sinais e sintomas auto-relatados pelos idosos nos últimos 12 meses.

Tabela 03: Sinais e sintomas auto-relatados por idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus-BA – 2º semestre de 2010 – 1º trimestre de 2011.

Sinais e sintomas	Idosos de acordo com os sinais e sintomas auto-relatados nos últimos 12 meses			
	n	Sim (%)	n	Não (%)
Dor persistente	39	44,8	48	55,2
Inchaço nos pés ou tornozelos	35	40,2	52	59,8
Vertigem ou tontura persistente	34	39,1	53	60,9
Quedas	26	29,9	61	70,1
Falta de ar	22	25,3	65	74,7
Transpiração excessiva ou sede persistente	21	24,1	66	75,9
Dificuldade de memória ou de lembrar-se de fatos recentes	21	24,1	66	75,9
Dor no peito	19	21,8	68	78,2
Fadiga ou cansaço grave	18	20,7	69	79,3
Tosse persistente, catarro ou chiado no peito	17	19,5	60	80,5

Nesta tabela pode-se observar um acentuado quantitativo de idosos que relatam dor persistente (44,8% e n=39) e destes, 42,9% (n=18) apresentam dores de intensidade

moderada, enquanto 31% (n=13) intensidade fraca e 26,2% (n=11) intensidade forte, fato este que interfere de forma significativa no bem-estar do idoso. Além deste dado mencionado é notório o elevado percentual de idosos que apresentam algum sinal e/ou sintoma; isto demonstra que este grupo etário geralmente convive com agravos à saúde constantes e muitas vezes concomitantes. A média de sinais e sintomas auto-relatados pelos idosos foi de 3,4 (DP= 2,1).

Segundo Garcia et al (2005) a doença se “expressa” através dos sinais e sintomas no corpo do indivíduo, e cada ser humano possui uma maneira particular de vivenciar, interpretar e narrar suas enfermidades, em um processo intersubjetivo que se configura por meio do diálogo. Neste contexto, da mesma forma que o adoecer é determinado pela inserção social, a significação também está arraigada na realidade, em outras palavras, é na dependência das condições sócio-culturais que se conformam as experiências de enfermidade que possibilitam aos indivíduos expressá-las. A partir desta premissa, considerar que na sociedade existe uma valorização do tempo e do trabalho, traz a idéia de que estar doente significa não poder exercer atividades.

O processo de compreensão e aceitação do adoecimento apresenta fases em que o indivíduo identifica-se como: “estou-doente”, “sou-doente” e “sou paciente”. O “estou-doente” possui um sentimento abrangente da consciência de sentir-se mal, que se confirma no “sou-doente” que, por sua vez, caracteriza-se pela impossibilidade da produção/criação, o que torna o indivíduo “sujeito-da-doença”. Em um momento seguinte, experimenta-se a consciência do “sou-paciente” que implica a busca de atendimento e a “entrega” aos cuidados médicos e familiares. (GARCIA et al, 2005, p. 538).

A incapacidade funcional no idoso portador de uma ou mais afecções crônicas, pode ocorrer em virtude do efeito de uma única doença crônica ou ao efeito independente de várias condições de morbidades, sendo que, cada uma delas afeta somente algumas atividades e não a sua totalidade (ALVES et al, 2007). A partir desta premissa e do fato de que as patologias, bem como, os sinais e sintomas enquanto “expressão” da doença, pode-se sugerir que tais condições também interferem diretamente na capacidade do idoso em realizar suas ABVD's, bem como, suas AIVD's, ampliando e tornando muitas vezes precoce a incapacidade no idoso.

4.3 Capacidade funcional dos idosos: desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária

Alves et al (2007) refere que quanto maior o quantitativo de dificuldades que um ser humano possui no desenvolvimento das ABVD's, mais severa, é a sua incapacidade. A prevalência da necessidade de ajuda ou dificuldade em desenvolver as ABVD's é inferior à prevalência das outras medidas de incapacidade funcional. A tabela 04 traz a avaliação da capacidade funcional no desempenho das ABVD's em idosos.

Tabela 04: Avaliação da Capacidade Funcional no desempenho das ABVD's de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Atividades Básicas da Vida Diária	Idosos que desenvolveram as ABVD de forma:					
	Independente		Dependente parcial		Dependente total	
	n	%	n	%	n	%
Continência	82	94,3	03	3,4	02	2,3
Higiene pessoal	81	93,1	05	5,7	01	1,1
Alimentação	80	92,0	06	6,9	01	1,1
Banho	79	90,8	07	8,0	01	1,1
Transferência	79	90,8	05	5,7	03	3,4
Vestuário	78	89,7	08	9,2	01	1,1

Extrai-se da tabela acima que a grande maioria dos idosos é independente para a realização das atividades de vida diária, seguidos da dependência parcial, que se mostra acentuada, principalmente, no que diz respeito ao vestuário e ao banho, e a minoria dos idosos configuram-se como dependes totalmente de alguém para realização de suas atividades de vida diária, encontrando-se em evidência a transferência, bem como, a continência.

Constata-se desta forma, que em relação à capacidade funcional para o desenvolvimento das ABVD's, 88,5% (n=77) dos idosos são independentes, 8,0% (n=07) possuem dependência parcial e 3,4% (n=03) possuem dependência para o desenvolvimento das ABVD's. É válido elucidar que os idosos que participaram da pesquisa possuem a idade média de 72,4 anos (DP=8,3).

Esta informação é pertinente à medida que estudos como o de Camargos (2005), Paskulin e Vianna (2007) e Cardoso e Costa (2010) trazem que o aumento da idade está relacionado com a ampliação do grau de dependência dos idosos. Rosa et al (2003, p.43) afirma em relação a dependência moderada/grave que “entre 65 a 69 anos a chance é de, aproximadamente, 1,9 vezes, aumentando gradativamente até cerca de 36 vezes entre os de mais de 80 anos”. A tabela 05 traz a avaliação da capacidade funcional no desempenho das AIVD’s em idosos.

Tabela 05: Avaliação da Capacidade Funcional no desempenho das AIVD’s de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus–BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD’s)	Idosos que desenvolvem as AIVD’s					
	Desenvolve a AIVD’s sem ajuda		Desenvolve a AIVD’s com ajuda parcial		Não consegue Desenvolver a AIVD’s	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Tomar os remédios na dose e horários corretos	73	83,9	09	10,3	05	5,7
Cuidar de suas finanças	72	82,8	04	4,6	11	12,6
Usar o telefone	68	78,2	11	12,6	08	9,2
Preparar suas próprias refeições	68	78,2	06	6,9	13	14,9
Fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos	62	71,3	10	11,5	15	17,2
Lavar e passar sua roupa/ cuidar do jardim	59	67,8	10	11,5	18	20,7
Fazer compras	58	66,7	17	19,5	12	13,8
Arrumar a casa/subir escadas	56	64,4	12	13,8	19	21,8
Ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais	54	62,1	27	31,0	06	6,9

A despeito das AIVD’s, a tabela 05, demonstrou uma elevação no percentual de idosos que não consegue desenvolver as AIVD’s. Dentre as atividades que apresentaram maior percentual de dependência, encontra-se em ordem decrescente: arrumar a casa/subir escadas

(21,8%), lavar e passar sua roupa/ cuidar do jardim (20,7%), fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos (17,2%), preparar suas próprias refeições (14,9%), fazer compras (13,8%) e de cuidar de suas finanças (12,6%). A dependência para tais atividades excederam a porcentagem para a realização destas atividades com ajuda parcial, exceto na atividade de fazer compras, a qual apresentou o percentual, 19,5% referentes aos idosos que conseguem desenvolver esta atividade com ajuda parcial.

Apesar dos percentuais reduzidos para a independência das AIVD's em relação aos resultados encontrados no que diz respeito às ABVD's, a mesma prevalece em todas as atividades apresentadas na tabela 05. Tal achado confirma a afirmativa de Alves (2007), já mencionado neste texto, que trouxe que a prevalência da necessidade de ajuda ou dificuldade em desenvolver as ABVD's é inferior à prevalência das outras medidas de incapacidade funcional. Neste aspecto, no que tange ao total de pontos alcançados na escala de Lawton a média foi de 23,3 (DP= 5,3). Em relação ao número de atividades que o idoso consegue fazer sem ajuda, a média foi de 6,7 (DP= 3,1), já referente ao número de atividades que ele consegue fazer com ajuda parcial a média foi de 1,9 (DP= 1,9) e quanto ao número de atividades que ele não consegue fazer a média foi de 2,2 (DP= 2,7).

Pode-se observar neste estudo que as comorbididades trazidas na tabela 02 e os sinais e sintomas demonstrados na tabela 03, supostamente contribuíram para a redução do percentual de idosos independentes na execução das AIVD's, mas é pertinente elucidar que mesmo com a redução no percentual, a independência ainda impera entre os idosos deste estudo, tanto no que diz respeito às ABVD's, quanto nas AIVD's. Isto também pode estar atrelado ao controle das patologias crônicas, principalmente, hipertensão, que obteve porcentagens elevadas entre os idosos estudados, visto que, este grupo está cadastrado em uma UBS, na qual funciona o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

Este resultado está em consenso com a afirmação trazida por Cardoso e Costa (2010) ao revelar que mesmo com a presença de enfermidades, inúmeros idosos possuem a vida semelhante às pessoas que não são portadoras de nenhuma enfermidade crônica, desde que possuam suas doenças controladas e desta forma, consigam viver sem limitações e de forma independente. Tais autores ainda trazem que na verdade, o conceito de saúde do idoso está intimamente vinculado à sua capacidade funcional, em outras palavras, a possibilidade do autocuidado, de determinar e realizar atividades da vida cotidiana, com independência e autonomia, mesmo apresentando morbidades. Neste aspecto, o bem-estar do idoso está

atrelado ao produto de um intercâmbio entre diversas dimensões, que envolvem a saúde física, psicossocial, suporte familiar e independência econômica.

4.4 Satisfação dos idosos com o suporte social percebido e com a funcionalidade familiar

O ser humano sempre deseja estar inserido em um meio social, constituindo-se este em um ambiente doméstico, de trabalho ou grupo de amigos. Estes ambientes naturais, ou seja, o grupo familiar e a comunidade promovem proteção e inclusão social (LEITE et al, 2008).

No ambiente doméstico, na relação com a família, é que há o estabelecimento das relações primárias que possibilitam um suporte que favorece o enfrentamento das dificuldades rotineiras (LEMOS, 2002 apud LEITE et al 2008). A tabela 06 apresenta a percepção de suporte social dos idosos.

Tabela 06: Avaliação da percepção de suporte social de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus– BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Situações	Percepção dos idosos quanto ao suporte social							
	Nunca		Às vezes		Maioria das vezes		Sempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Uma pessoa cuja opinião confia plenamente.	08	9,3	15	17,4	11	12,8	52	60,5
Facilidade de encontrar pessoas que possam ajudar nos afazeres se estiver doente.	07	8,1	12	14,0	06	7,0	61	70,9
Várias pessoas para conversar ao se sentir sozinho.	06	7,0	13	15,1	13	15,1	54	62,8
Tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	05	5,8	15	17,4	15	17,4	51	59,3
Encontra e conversa com amigos e familiares.	04	4,7	11	12,8	21	24,4	50	58,1

A tabela 06 mostra que a maioria dos idosos possui uma percepção de suporte social favorável, bem como, possui indicativos de boa disponibilidade de apoio social afetivo, instrumental e informativo, tendo como média 3,3 (DP=0,7). Tal resultado está de acordo com

estudos, tais como o estudo desenvolvido por Pinto et al (2006), que afirma ter encontrado população idosa com apoio social adequado, em suas diferentes dimensões. Segundo o mesmo autor, o apoio social pode interferir positiva e diretamente na saúde dos seres humanos ao disponibilizar recursos (ajuda econômica, material, informações, etc.), que possibilitam um melhor acesso ao cuidado de saúde e regulação de hábitos como consumo de tabaco e álcool.

Pinheiro et al (2008), relata que estruturalmente, as redes investigadas em seu estudo eram compostas principalmente por familiares (cônjuges, filhos e netos) e amigos, indivíduos que encontram-se emocionalmente próximos da pessoa e são considerados importantes para ela, auxiliam-no a negociar de forma bem sucedida com os desafios da vida.

Referente ao número de familiares que o idoso se sente próximo para conversar sobre questões pessoais, pedir ajuda entre outros, o presente estudo trouxe como resultado a média de 4,5 (DP= 3,9). Em se tratando dos parentes com quem o idoso tem contato, conversa e confia, a frequência com que o mesmo fala com estes por telefone é de: nunca para 17,9% (n=15), uma vez por mês para 6,0% (n=05), poucas vezes ao mês para 19,0% (n=16), semanalmente para 32,1% (n=27) e diariamente para 25,0% (n=21) dos idosos entrevistados. No que tange aos parentes com quem o idoso tem contato, conversa e confia, a frequência com que este os encontra é de nunca para 13,1% (n=11), uma vez por mês para 10,7% (n=09), poucas vezes ao mês 9,5% (n=08), semanalmente para 32,1% (n=27) e diariamente para 34,5% (n=29) dos idosos entrevistados.

Um estudo realizado por Alvarenga et al (2011) identificou que a rede de suporte social dos idosos do município de Dourados – MS, é pequena na maioria das dimensões avaliadas pelo estudo (companhia, cuidados pessoais e da casa e financeiro), e que o sistema provedor mais presente é o familiar. Em se tratando da rede social dos idosos pesquisados no presente estudo, apesar de não haver compatibilidade de instrumentos entre um estudo e outro, a rede social avaliada pelo ISEL neste estudo foi favorável.

Uma observação importante a ser relatada, refere-se à pertinência do suporte social prestado pela família do idoso, principalmente, em virtude da fragilidade das políticas públicas e sociais direcionadas ao atendimento deste grupo etário (SAAD, 2003 apud SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). Este apoio informal pode possuir distintas funções que se inter-relacionam: 1. emocional: marcada por expressões de amor e de afeto e; 2. instrumental: designada ao fornecimento de necessidades materiais, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeições, provimento de transporte) e/ou subsídio financeiro; 3. de

informação: referente à aconselhamentos, sugestões e orientações que podem ser utilizadas na resolução de problemas. 4. de interação social positiva: designada pela disponibilidade de pessoas para promover diversão, descontração e companhia (ROSA, 2004 apud SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). A tabela 07 mostra a funcionalidade familiar de idosos.

Tabela 07: Avaliação da funcionalidade familiar de idosos cadastrados em uma UBS no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Itens	Percepção do idoso quanto à funcionalidade familiar					
	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Satisfação do idoso por poder recorrer a sua família em busca de ajuda quando algo está o incomodando ou preocupando.	71	81,6	06	6,9	10	11,5
Satisfação do idoso pela maneira com a qual o (a) ele e sua família conversam e compartilham os problemas.	71	81,6	10	11,5	06	6,9
Satisfação do idoso com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às emoções dele, tais como raiva, mágoa ou amor.	71	81,6	08	9,2	08	9,2
Satisfação do idoso quanto à maneira como sua família aceita e apóia os desejos dele de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou diversões.	68	78,2	10	11,5	09	10,3

O resultado do Apgar demonstrou que 7,1% (n=06) dos idosos apresentaram elevada disfunção familiar, 9,4% (n=08) apresentaram moderada disfunção familiar, enquanto que 83,5% (n=71) dos idosos apresentaram alta funcionalidade familiar. Tais dados estão de acordo com outros estudos (PAVARINI et al, 2006; ZAVALA et al, 2006; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011) que também evidenciaram uma prevalente funcionalidade familiar. Todavia, este artigo contrapõe um estudo realizado por Torres et al (2010) no município de Jequié – Ba, o qual trouxe resultados negativos no que tange a funcionalidade familiar, apresentando que 46,5% obteve funcionalidade moderada, 27,35% alta disfuncionalidade, enquanto que apenas 26,5% apresentou boa funcionalidade. É pertinente

salientar que no estudo realizado por Torres et al (2010) foi avaliado a funcionalidade familiar de idosos dependentes, talvez este tenha sido o motivo da discordância com o presente estudo, visto que os resultados expostos por este estudo estão relacionados a uma grande maioria de idosos independentes tanto nas ABVD's como nas AIVD's como já supramencionado.

Souza, Skubs e Brêtas (2007) trazem um comentário pertinente e contextualizado com os resultados mencionados neste estudo ao afirmarem que a natureza da relação entre os integrantes da família vem se modificando no decorrer da história da humanidade. Na atualidade a constituição das famílias vem se transformando, a partir da redução do número de membros, bem como, do aumento do quantitativo de idosos em sua formação. Assim, atualmente, pode-se encontrar muitas vezes, pessoas de diversas idades coabitando no mesmo domicílio e formando arranjos multigeracionais. Além destas nuances, as famílias também se deparam com a elevação da prevalência de patologias crônicas e de problemas em consequência do envelhecimento com os quais a família também tem que lidar.

4.5 Necessidades percebidas pelos adultos/ cuidadores que moram com os idosos quanto à orientação para lidar com o idoso e as atitudes em relação à convivência com estes.

Em relação ao adulto/cuidador residente com o idoso, 50,0% (n=17) trabalham, 41,2% (n=14) não trabalham e 8,8% (n= 03) dos adultos são aposentados/pensionistas. É válido resgatar o discurso trazido pela literatura e que este estudo vem demonstrando, acerca do arranjo domiciliar ser muitas vezes determinado por estratégias de sobrevivência para a família. Quanto ao parentesco, 52,9% (n=18) dos adultos/cuidadores afirmaram serem filhos, 32,4% (n=11) cônjuge, 11,8% (n=04) netos e 2,9% (n=01) noras. Estes resultados casam com os dados apresentados por este estudo acerca da constituição dos arranjos domiciliares, sendo desta forma, a grande maioria dos adultos/cuidadores os filhos dos idosos.

Mota et al (2010) trazem que na população estudada o principal motivo que justificou o retorno dos filhos à casa dos pais foi a instabilidade econômica, muitas vezes oriunda do desemprego. Desta forma, os filhos tiveram que recorrer aos pais e estes, idosos, os recebem novamente em casa. Tais autores ainda ressaltam que nas classes sociais mais baixas, o direito ao benefício instituído pela Constituição Federal de 1988 ao Idoso – Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (Lei 8742 de 1993) – gerou um retorno à casa dos pais e, portanto,

o uso destes recursos foi muitas vezes desviado para o suprimento de outras demandas, que não a do beneficiário direto.

Concernente a quantidade de idosos residentes no domicílio, 76,5% (n=26) dos adultos/cuidadores afirmam que apenas 01 idoso reside no domicílio, 14,7 % (n=05) afirmam que há 02 idosos residindo no domicílio e 8,8 % (n=03) relatam que 03 idosos residem no domicílio. Tais dados podem estar refletindo o elevado percentual de idosos viúvos (52,9%), associado ao percentual de idosos divorciados (12,6%) e solteiros (8%).

No que tange a presença de problemas relacionados ao idoso, 23,5% (n=08) dos adultos/cuidadores residentes com o idoso relataram a presença de problemas, enquanto que 76,5% (n=26) relataram sua ausência. A tabela 08 apresenta os problemas relacionados ao idoso apontados por adultos.

Tabela 08: Descrição de problemas relacionados ao idoso levantados por adultos/cuidadores residentes no mesmo domicílio do idoso no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Problema relacionado ao idoso	Problema relatado pelo adulto/cuidador residente no mesmo domicílio do idoso.	
	n	(%)
Deixar o idoso sozinho em casa.	02	33,3
Dificuldade de lidar com os sentimentos do idoso.	02	33,3
Doença do idoso.	01	16,7
Comunicação ruim.	01	16,7

Extraí-se da tabela 08, um percentual significativo de adultos/cuidadores que trouxeram como problema relacionado ao idoso o fato de deixá-lo sozinho em casa. Tal achado denota, principalmente, à preocupação do adulto/cuidador para com o idoso. Desta forma, pode-se observar a necessidade de apoio ao cuidador familiar, destacando que o cuidador não é apenas aquele que cuida do idoso dependente, ou seja, que presta o cuidado referente às incapacidades físicas, mas é também aquele que muitas vezes assume o cuidado ao idoso voltado para outros aspectos além dos físicos.

Gonçalves, Alvarez e Santos (2005) relatam que o cuidado ao idoso existe quando este se encontra na condição de doença ou quando o mesmo encontra-se gozando de saúde. Neste contexto, muitas vezes o cuidador do idoso, dependente ou não, assume sozinho o cuidado abdicando de suas atividades para conferir a atenção necessária ao idoso, visto que, geralmente não dispõe de parceiros para assumir esta tarefa, ou muitas vezes se vê obrigado a deixar o idoso sozinho, mesmo ciente da necessidade de cuidados.

Um estudo realizado por Cattani e Girardon-Perlini (2004) apontou que um dos maiores obstáculos assinalados por cuidadores de idosos dependentes é a impossibilidade de sair de casa e passear, em virtude de geralmente ficarem atrelados à responsabilidade e a preocupação rotineira com a patologia e cuidado do idoso. Este contexto induz o cuidador a pouca realização de atividades de lazer no cotidiano e a limitadas oportunidades de se comunicarem com outras pessoas, situações estas que colaboram para a emergência do sentimento de solidão e de perda da liberdade da pessoa provedora do cuidado.

Outro aspecto pertinente trazidos nestes resultados refere-se à dificuldade de lidar com os sentimentos do idoso, a qual apresentou também o percentual de 33,3% (n=02). A partir destes dados fica evidente a importância de se conhecer os idosos e seus sentimentos. Para tal faz-se necessário uma maior compreensão acerca do contexto em que este vive em todos os âmbitos: familiar, financeiro, saúde, apoio social, dentre outros, ou seja, faz-se necessário conhecer o idoso em sua totalidade, em uma visão integral. Tal resultado torna-se ainda mais contundente quando se reflete acerca das transformações psíquicas que o envelhecimento promove.

Para além das alterações visíveis no corpo, o envelhecimento proporciona ao ser humano uma série de alterações psíquicas que pode resultar em dificuldades de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade de se adaptar as mudanças rápidas, que podem ser dramáticas; alterações psíquicas que requerem atendimento especializado; baixa auto-imagem e auto-estima (ZIMERMAN, 2000 apud SANTOS, 2008, p. 13).

Ao serem questionados sobre o fato do idoso ajudar nas atividades em casa, 61,8% (n=21) dos adultos/cuidadores responderam que sim e 38,2% (n=13) responderam que não. Das respostas afirmativas, 95,2% (n=20) afirmaram que o idoso colabora com as atividades domésticas (lavar, cozinhar e limpeza da casa), enquanto que 4,8% (n=01) dos adultos/cuidadores afirmaram que o idoso ajuda na realização de reparos domésticos

(pequenos consertos). No que tange a ajuda do idoso nas atividades fora de casa, 32,4% (n=11) dos adultos/cuidadores responderam que o idoso colabora na realização de compras e/ou pagamentos.

Esses dados demonstram uma maior atividade dos idosos no ambiente doméstico, que podem ser em decorrência da dificuldade no desempenho das AIVD's, de acordo com o que foi demonstrado na tabela 05, ou em virtude da própria restrição do idoso ao ambiente doméstico, como exposto por D'Alencar (2006) que traz em seu discurso a existência de uma restrição do idoso ao lar, fato este que pode supostamente estar associado também com a dificuldade de realização das AIVD's ou às questões relacionadas às inadequações das estruturas físicas dos municípios no que se refere às necessidades dos idosos. A tabela 09 apresenta o motivo do arranjo na opinião do adulto.

Tabela 09: Descrição acerca do motivo do arranjo domiciliar na perspectiva do adulto/cuidador residente no mesmo domicílio do idoso no município de Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Motivo da composição do arranjo domiciliar na perspectiva do adulto/cuidador	Motivo da composição do arranjo domiciliar na perspectiva do adulto/cuidador	
	n	(%)
Adulto não possui outra residência.	11	40,7
Companhia para o idoso.	05	18,5
Necessidade de cuidados por parte do idoso.	05	18,5
São casados.	05	18,5
Doença do idoso.	01	3,7

Fica ainda mais evidente e sugestivo que os arranjos domiciliares tem como principal motivo de sua constituição, servir como estratégia para o enfretamento das dificuldades financeiras da família. Em seguida, com um percentual inferior (18,5%) encontra-se a necessidade de cuidados para o idoso, a companhia do idoso e o fato do idoso ser casado como motivos apontados pelos adultos/cuidadores para a formação do arranjo domiciliar. Apenas 3,7% dos adultos/cuidadores referem como motivo para o arranjo domiciliar a doença do idoso.

No que diz respeito ao idoso ter um quarto só para si, 73,5% (n=25) dos adultos responderam que o idoso possui um quarto individual, enquanto que 26,5% (n=09) responderam que o idoso compartilha o quarto com alguém. Em relação à pessoa que compartilha o quarto com o idoso, 87,5% (n=07) dos adultos afirmaram que quem compartilha o quarto é o cônjuge do idoso e 12,5% n=01 afirmaram ser o (a) neto (a). Sendo que a idade da pessoa com quem o idoso compartilha o quarto é em média 55,2 (DP: 23,7), consistindo a idade mínima de 11 anos e máxima de 85 anos.

Pedrosa (2006) afirma que com as transformações ocorridas nas famílias e nos valores associados a ela, no que tange ao sentimento referente aos seus membros, ocorreram também transformações na relação entre avôs e netos caracterizada por um aumento da proximidade. Desta forma, a chegada de um (a) neto (a) pode aumentar a demanda de responsabilidades do idoso, como, pode também levar ao surgimento de sentimentos que conduzam o idoso ao afastamento da intimidade. Em contrapartida, Bessa e Silva (2008) trazem que em algumas famílias é comum a presença de conflitos intergeracionais e a exclusão familiar, levando o idoso a abandonar o contexto familiar para ir à busca de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Diante do resultado exposto na tabela 07, pode-se inferir que apesar do idoso ter sua privacidade reduzida em virtude da companhia do seu neto no quarto, tal fator não é tido como negativo, já que os idosos participantes deste estudo apresentaram funcionalidade familiar, resultado este que reflete um bom relacionamento do idoso com seus familiares. Portanto, este estudo encontra-se em maior conformidade com o estudo de Pedrosa (2006), que revela um bom relacionamento entre os idosos e seus netos. A tabela 10 traz, na visão dos adultos/cuidadores, as vantagens para eles em morar na companhia do idoso.

Tabela 10: Descrição das vantagens para o adulto/cuidador, apontadas pelo mesmo, referente ao fato do idoso morar em sua companhia - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Vantagem para o adulto/cuidador relacionado ao fato deste morar na companhia do idoso.	Vantagem apontada pelo adulto/cuidador.	
	n	(%)
Companhia do idoso	18	56,3
Cuidar do idoso	09	28,1
Auxílio financeiro	03	9,4
Cuidados recebidos do idoso	02	6,3

A tabela 10 apresenta como principal vantagem para o adulto/cuidador em relação ao fato do idoso morar em sua companhia, justamente, a companhia do idoso. Tal resultado sugere a valorização que o adulto/cuidador tem em relação ao idoso, e confirma novamente o bom relacionamento da maioria dos idosos para com os membros de sua família, como já demonstrado na tabela 06 e na tabela 07.

Outro aspecto que se destacou como vantagem para o adulto/cuidador foi a necessidade de prestar cuidados aos idosos, demonstrando o compromisso do familiar para com os mesmos, já que aqui o fato de poder assumir o cuidado do idoso foi posto como uma vantagem para 28,1% dos adultos/cuidadores. Em seguida, podemos observar que a questão do auxílio financeiro fornecido pelo idoso também pesou como vantagem para alguns adultos/cuidadores, bem como, também o fato do adulto/cuidador residente com o idoso também necessitar de cuidados, colocando desta forma, o idoso na condição de cuidador. A tabela 11 mostra agora as vantagens para o idoso em morar na companhia do adulto/cuidador de acordo com a visão do adulto/cuidador.

Tabela 11: Descrição das vantagens para o idoso, apontadas pelo adulto/cuidador, referentes ao fato deste morar em sua companhia - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Vantagem para o idoso relacionado ao fato deste morar na companhia do adulto/cuidador.	Vantagem apontada pelo adulto/cuidador.	
	n	(%)
Companhia	12	54,5
Receber cuidados	05	22,7
Manter laços afetivos com familiares	03	13,6
Auxílio financeiro	02	9,1

Na tabela 11 emerge como principal vantagem para o idoso em morar na companhia do adulto, também a questão da companhia; contudo, agora é o adulto que é posto como fornecedor da companhia para o idoso. Logo, pode-se novamente perceber um bom relacionamento entre ambos.

No que se refere ao questionamento feito ao adulto sobre existir dificuldades no relacionamento com o idoso, 23,5% (n=08) dos adultos afirmaram que existem dificuldades e 76,5% (n=26) negaram havê-la. Desta forma, percebe-se que apesar de haver um quantitativo significativo de adultos que ainda possuem dificuldades com o idoso, a grande maioria não refere nenhuma, refletindo a afirmativa supramencionada acerca do relacionamento entre o idoso e o adulto/cuidador. A tabela 12 traz as dificuldades que os 23,5% dos adultos apontaram em relação ao relacionamento com o idoso.

Tabela 12: Descrição das dificuldades mencionadas pelo adulto/cuidador residente no mesmo domicílio do idoso, em relação a este - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Dificuldades mencionadas pelo adulto/cuidador em relação ao idoso	Dificuldades em relação ao idoso por adulto/cuidador	
	n	(%)
Diálogo difícil	04	50,0
A teimosia do idoso	02	25,0
Comportamento agressivo	01	12,5
Manutenção da atividade sexual na relação conjugal	01	12,5

Extrai-se da tabela 12 que a principal dificuldade trazida por 50% dos adultos/cuidadores, refere-se ao diálogo difícil, em outras palavras, este estudo trouxe a existência de uma dificuldade de comunicação entre os adultos/cuidadores e idosos estudados. Fato este preocupante, visto que, é por meio do diálogo que as diferenças são expostas e respeitadas, que se constroem consensos, se diz o que se pensa, em um processo de solidificação da autonomia e independência dos sujeitos.

A comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições bio-psicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações. (BRASIL, 2007, p. 16).

No que concerne ao fato do adulto/cuidador desejar receber orientações sobre como lidar com idosos, 50,0% (n=17) dos adultos/cuidadores afirmaram que desejam, enquanto que 50,0% (n=17) afirmaram que não. Souza; Wegner e Gorini (2007) relatam que a experiência profissional permite afirmar que o cuidador leigo é um ator relevante, independente do estado de saúde que acomete a pessoa que está sob cuidados. Contudo, para um cuidar de maneira expressiva, é imprescindível a construção de condições adequadas para que o cuidador leigo se sinta preparado para desempenhar essas funções junto à pessoa que necessita de cuidado, desenvolvendo uma visão crítica daquilo que está fazendo. A tabela 13 apresenta os assuntos referentes ao idoso trazidos pelos adultos/cuidadores que apresentaram o desejo de receber orientações sobre como lidar com idosos.

Tabela 13: Descrição dos assuntos referentes ao idoso que os adultos/cuidadores apontaram que desejam receber orientações - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Assuntos referentes ao idoso que os adultos/cuidadores apontaram que desejam receber orientações	Assuntos referentes ao idoso por desejo dos adultos/cuidadores em receber orientação	
	n	(%)
Como entender/lidar com o idoso	08	47,1
Doença do idoso	05	29,4
Como cuidar melhor da saúde do idoso	03	17,6
Favorecer o convívio social do idoso	01	5,9

A tabela 13 traz como principal necessidade de orientações sobre como entender/lidar com o idoso, totalizando 47,1% (n=08) dos desejos dos adultos/cuidadores. Este achado sugere a tentativa do adulto/cuidadores de solucionar a dificuldade em lidar com os sentimentos do idoso, apontado na tabela 08, como principal problema enfrentado pelo adulto/cuidador em relação ao idoso.

O segundo item apontado pelos adultos/cuidadores acerca da necessidade de receberem orientações foi a patologia do idoso, buscando desta forma prestar um cuidado mais adequado à condição sua específica. Seguido de como cuidar melhor da saúde do idoso, evidenciando a sensibilização dos adultos/cuidadores quanto à importância da promoção da saúde e prevenção de agravos e por fim, 5,9% (n=01) dos adultos/cuidadores trouxeram a necessidade de orientação acerca de como favorecer o convívio social do idoso, demonstrando que apesar de imaturo, já surge nos adultos/cuidadores que convivem com o idoso a percepção da importância do apoio social para o seu bem-estar.

Ao questionar ao adulto/cuidador se gostaria que o idoso com quem convive recebesse alguma orientação, 58,8% (n=20) responderam que sim, enquanto que 41,2% (n=14) responderam que não. A tabela 14 apresenta os assuntos trazidos pelos adultos que desejam que os idosos recebam orientações.

Tabela 14: Descrição dos assuntos referentes ao idoso que os adultos/cuidadores apontaram e desejam que o mesmo receba orientações - Santo Antônio de Jesus – BA - 2º semestre de 2010 - 1º trimestre de 2011.

Assuntos referentes ao idoso que os adultos/cuidadores apontaram e desejam que o mesmo receba orientações	Assuntos referentes ao idoso por desejo dos adultos/cuidadores que o mesmo receba orientação	
	n	(%)
Patologia do idoso	06	33,3
Hábitos saudáveis de vida	06	33,3
Autocuidado	02	11,1
Importância do lazer e convívio social	02	11,1
Como melhorar a comunicação com os familiares	01	5,6
Alterações do envelhecimento	01	5,6

No que tange aos resultados apresentados pela tabela 14, os mesmos trouxeram como principais assuntos necessários para que o idoso receba orientações a patologia do idoso e hábitos saudáveis de vida, ambos com o percentual de 33,3% (n=06). Este dado demonstra a necessidade do adulto/cuidador em tornar o idoso co-autor do seu próprio cuidado, já que

fornecer informações ao idoso acerca de sua patologia amplia seu emponderamento no processo do cuidar, instrumentalizando-o para aquisição de uma postura mais colaborativa e ativa neste processo, algo muito pertinente, quando se pensa em manutenção da independência. Concernente as orientações relacionadas aos hábitos saudáveis de vida, estas trazem novamente à tona a compreensão do adulto/cuidador acerca da importância da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Na sequência, os adultos/cuidadores trouxeram como necessidade de orientação o autocuidado e a importância do lazer e do convívio social para o idoso, ambos também com o mesmo percentual, alcançando 11,1%. Referente ao autocuidado, o adulto mostra novamente a necessidade de tornar o idoso um co-autor do seu próprio cuidado, esta atitude mesmo que sem intencionalidade, acaba por contribuir positivamente no prolongamento da capacidade funcional do idoso.

Tal postura do familiar adotada diante do idoso demonstra um perfil que contradiz o que algumas literaturas, já citadas neste estudo, referem acerca da forma como a família se comporta em relação à velhice, tais como, a existência de um cuidado superprotetor da família em relação ao o idoso (Leme, 2007) e o fato da família encarar a velhice como um período de descanso (Torres et al, 2009). Ao valorizar o autocuidado respeitando as potencialidades do idoso, o familiar está fornecendo um cuidado mais adequado para o mesmo, fazendo-o sentir-se útil e capaz, em outras palavras, colaborando para a manutenção da autonomia e da independência do idoso.

A pessoa com limitações ou acamada, mesmo demandando de auxílio do cuidador, pode e deve executar suas atividades de autocuidado sempre que viável. O bom cuidador é aquele que nota e identifica o que a pessoa tem condições de fazer por si, avalia as condições e colabora com a pessoa na realização das atividades. Desta forma, cuidar não se configura em realizar pelo outro, mas sim colaborar quando ele precisa, incentivando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em tarefas pequenas (BRASIL, 2008).

Ao questionar ao adulto/cuidador acerca de como ele considera sua relação com o idoso, 5,9% (n=02) consideram sua relação com o idoso mais ou menos, 26,5 % (n=09) consideram-na boa e 67,6% (n=23) consideram-na muito boa. Este dado reflete novamente a presença de um bom relacionamento entre o adulto e o idoso. A tabela 15 mostra as principais dificuldades trazidas pelos adultos/cuidadores em relação ao idoso.

Tabela 15: Avaliação das dificuldades do adulto/cuidador residente com o idoso em lidar com o mesmo - Santo Antônio de Jesus-BA- 2º semestre de 2010-1º trimestre de 2011.

Situações	Grau de dificuldade dos adultos em lidar com idosos									
	Pouquíssima dificuldade		Um pouco de Dificuldade		Uma dificuldade média		Muita dificuldade		Muitíssima dificuldade	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
As queixas do idoso	19	55,9	06	17,6	03	8,8	04	11,8	02	5,9
A dificuldade que o idoso tem para andar	24	70,6	03	8,8	04	11,8	00	0,0	03	8,8
Precisar levar o idoso ao médico ou outros profissionais	26	76,5	01	2,9	02	5,9	03	8,8	02	5,9
As discussões entre o idoso e a família	29	85,3	02	5,9	01	2,9	00	0,0	02	5,9
O desinteresse o idoso	28	82,4	01	2,9	01	2,9	01	2,9	03	8,8
O mau humor do idoso	25	73,5	03	8,8	04	11,8	01	2,9	01	2,9
O fato de o idoso viver no passado	26	76,5	02	5,9	02	5,9	02	5,9	02	5,9
Não ter apoio dos outros membros da família	23	67,6	03	8,8	03	8,8	01	2,9	04	11,8
Ter que deixar o idoso em casa sozinho	25	73,5	02	2,9	01	2,9	02	5,9	05	14,7

Esta tabela trouxe as queixas dos idosos, como uma dificuldade pertinente a ser enfrentada pelo adulto, já que apenas 55,9% dos adultos referiram pouquíssima dificuldade. No que tange ao item ter que deixar o idoso em casa sozinho, 14,7% dos adultos relataram esta situação como muitíssima dificuldade, associado a isto o fato do adulto não ter o apoio dos outros membros da família, também demonstraram uma acentuada porcentagem referentes às dificuldades, sendo que 11,8% dos adultos referem muitíssima dificuldade em relação a este item, o que se torna preocupante, em decorrência da sobrecarga deste adulto que

muitas vezes é provedor de cuidados ao idoso estando este na condição ou não de dependência. No que se refere à dificuldade do idoso andar e ao desinteresse dos idosos, 8,8% dos adultos trouxeram como muitíssima dificuldade ambos os itens.

5. CONSIDERAÇÕES

O conhecimento acerca do contexto ao qual o idoso encontra-se inserido permite ampliar o olhar em relação as suas especificidades e identificar fatores que podem vir a interferir na funcionalidade familiar e na capacidade funcional do mesmo. Ambos, segundo a literatura, são de suma relevância para aquisição de um envelhecimento saudável influenciando positivamente o bem-estar e a qualidade de vida do idoso.

A partir do embasamento teórico e dos resultados apontados por este estudo, pode-se afirmar a existência de um quantitativo reduzido de idosos que moram sozinhos ou com o cônjuge e que a maioria dos idosos residem em lares multigeracionais. Este tipo de arranjo teve como principais motivos apontados pelo adulto/cuidador residente com o idoso os aspectos relacionados à dificuldade financeira, “estratégia de sobrevivência”, e a companhia para o idoso e/ou para o adulto/cuidador.

A companhia, além de ser trazida como motivo para o arranjo domiciliar, também foi trazida pelos adultos/cuidadores como principal vantagem para ele e o idoso, em relação à co-residência. Desta forma, o fato da companhia ter sido trazida de forma tão acentuada pelos adultos/cuidadores pode estar relacionado ao fato de que a grande maioria dos idosos do estudo apresentou alta funcionalidade familiar, bem como ao fato de que a maioria dos idosos também possui uma percepção de suporte social favorável e com indicativos de boa disponibilidade de apoio social, afetivo, instrumental e informativo. A importância do apoio social trazido pela família pode ser visualizada pelo fato de que, a maioria dos idosos, mesmo morando sozinhos possui parentes próximos, seja como vizinho, no mesmo bairro ou na mesma cidade.

Além de contar com uma família funcional e com suporte social favorável, os idosos desta pesquisa também são predominantemente independentes tanto no que diz respeito às ABVD's, quanto às AIVD's. Não é possível fazer inferência deste resultado em relação ao fato dos idosos apresentarem de forma imperiosa uma elevada funcionalidade familiar e pela percepção do suporte social favorável, em virtude deste ser um estudo transversal. Contudo, em se tratando da associação destes resultados aos argumentos mencionados na literatura que embasou este estudo, pode-se sugerir uma relação entre a capacidade funcional e a dinâmica familiar, sendo que o bom funcionamento desta auxilia em um maior prolongamento da independência do idoso e possui relação estreita com a mesma.

Todavia, faz-se necessário também salientar que a dinâmica familiar isolada não assegura um maior ou menor grau de independência do idoso. Existem outros fatores que atuam de forma sinérgica, tais como a idade, já que segundo a literatura, a idade interfere na capacidade funcional, sendo que quanto maior a idade maior o grau de dependência do idoso. Portanto, entendendo que a média da idade dos idosos deste estudo foi de 72,4 anos, talvez este fator também tenha influenciado na prevalência da independência das ABVD's e das AIVD's.

Outro fator trazido pela literatura que também influencia na capacidade funcional do idoso são as doenças crônicas. Este estudo demonstrou alta prevalência da hipertensão arterial, contudo, esta patologia pode ser mantida sob controle evitando assim complicações e, por consequência, redução das incapacidades provocadas por esta. Este fato pode ter levado a hipertensão arterial a não influenciar negativamente na capacidade funcional da maioria dos idosos, os quais permanecem gozando da independência mesmo diante de uma doença crônica.

O conhecimento acerca das atitudes dos familiares frente aos idosos, das necessidades apontadas pelos familiares quanto à orientação para lidar com os idosos e das dificuldades enfrentadas para lidar com este grupo etário foram bastante pertinentes, para entender o contexto ao qual o idoso está inserido, bem como, para traçar futuras estratégias de intervenção, já que neste estudo 100% dos adultos/cuidadores entrevistados, que residem no mesmo domicílio do idoso são seu familiar.

A maioria da literatura busca compreender a dinâmica familiar do idoso, apenas na perspectiva deste, contudo, julgo que a compreensão da dinâmica familiar vai além de considerar apenas a percepção de uma das partes envolvidas. É preciso compreender os principais atores da relação e contrapor as visões de ambos em busca de um olhar mais holístico e da criação de estratégias que venham facilitar e, conseqüentemente, melhorar a convivência entre ambos e os cuidados prestados ao idoso pelo familiar. Desta forma, faz-se necessário uma maior quantidade de estudos que busquem analisar a família a qual o idoso está inserido de forma mais ampla, considerando a percepção dos principais eixos da relação.

Este estudo apontou como um dos principais problemas referidos pelo familiar o fato de deixar o idoso sozinho em casa, esta mesma situação foi trazida também como uma dificuldade. Outra dificuldade apontada pelo familiar e que está fortemente relacionado às questões supramencionadas é o fato do familiar não ter apoio dos outros membros da família.

Assim, pode-se inferir que, geralmente, os cuidados ao idoso ficam a cargo de um familiar e que a família ainda não está sensibilizada quanto à importância de se fornecer o suporte necessário ao familiar que assumiu o papel de principal provedor de cuidado.

Existe outro problema trazido pelo familiar relacionado ao idoso, que diz respeito à dificuldade de lidar com os sentimentos do mesmo. Em relação à dificuldade trazida pelo familiar está o diálogo difícil e a escala de ônus trouxe como dificuldade as discussões com o idoso. Em se tratando das orientações que os adultos/cuidadores gostariam de receber prevaleceu, como entender/lidar com o idoso, e referente ao assunto que desejam que os idosos recebam orientações, também foi pontuado como melhorar a comunicação com os familiares. Desta forma, este estudo trouxe que apesar do idoso está satisfeito com a dinâmica familiar, os adultos/cuidadores percebem e buscam meios para melhorar a comunicação com os idosos, enfatizando a importância de se conhecer a percepção do idoso e do familiar em relação à dinâmica da família a qual o idoso está inserido.

Este estudo trouxe também entre os familiares do idoso a noção de promoção à saúde, de prevenção de agravos e o reconhecimento da importância do suporte social para os idosos, ao trazer o desejo da abordagem de temáticas: os hábitos saudáveis de vida, a patologia do idoso e a importância do lazer e do convívio social para o idoso. Em relação às orientações que o adulto/cuidador deseja receber, também foi revelada a preocupação com os aspectos supramencionados. Tal achado foi pertinente, entendendo que a saúde atualmente perpassa pelos pilares da promoção da saúde e prevenção de agravos, desta forma pode-se dizer que existe uma mobilização dos familiares dos idosos nestas perspectivas.

Outro assunto pertinente trazido pelos familiares do idoso se refere ao autocuidado, já que falar em capacidade funcional remete a necessidade de estimular o idoso a assumir uma postura ativa por um maior tempo possível, de acordo com suas possibilidades. Desta forma, tornar o idoso um sujeito ativo no processo de cuidar de si próprio, além de possibilitar uma maior colaboração por parte deste, também permite que o mesmo exercite sua autonomia e sua independência, corroborando para a manutenção da capacidade funcional por um período mais prolongado e evitando, por consequência, o desenvolvimento de uma dependência precoce.

De um modo geral, este estudo em conformidade com a literatura vem trazendo a necessidade de que as pessoas que convivem com os idosos, geralmente a família, recebam as orientações cabíveis, no que se referem às demandas e necessidades deste grupo etário.

Assim, não basta apenas orientar o idoso ou o adulto que assume o papel de cuidador; é crucial que os profissionais de saúde direcionem também seu olhar para os adultos que convivem com este grupo etário mesmo em situação de independência, visto que o processo de envelhecer é um momento diferenciado e os familiares quando devidamente preparados podem tornar este momento menos conturbado e contribuir, por consequência, para um melhor relacionamento deste familiar com o idoso e para um envelhecimento mais saudável.

Diante da realidade apresentada neste estudo e em conformidade com a literatura que o embasou, a família deve ser entendida como um instrumento pertinente para a efetivação das políticas públicas voltadas para o idoso, principalmente no que tange a manutenção da capacidade funcional por um maior tempo possível. Neste aspecto, os serviços de saúde devem promover estratégias que orientem ao familiar no cuidado e/ou na convivência com este grupo etário, ressaltando sempre a importância do idoso desempenhar independentemente as ABVD's, e/ou as AIVD's, sempre respeitando a potencialidade e limitação do mesmo, conforme previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Desta forma, diante de todas as considerações pontuadas, fica a sugestão da produção de estudos que passem a analisar a família sob a óptica do idoso e do familiar em prol de uma compreensão mais ampla da dinâmica familiar e o estímulo para a valorização da educação em saúde como estratégia para uma maior adequação dos cuidados prestados aos idosos, com foco na promoção à saúde e prevenção dos agravos. É válido elencar que quando adequadamente preparada, a família torna-se um importante aliado para manutenção da independência do idoso e de sua reinserção na sociedade, fator este que também atua favoravelmente para a manutenção de sua capacidade funcional.

REFERÊNCIAS:

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.5, pp. 2603-2611 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>>. Acesso em: 19 de jun. de 2011.

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 19 de jun. de 2011.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Projeto para Conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia**. Projeto aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-BA) em 22 de janeiro de 2004. Disponível em: < http://www.medicina.ufba.br/e-famed/ano_iv/n_03/proj_polos.pdf > Acesso em: 27 de fev.de 2011.

BICALHO, Cleide Straub; LACERDA, Maria Ribeiro; CATAFESTA, Fernanda. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm**, 2008 Jan/Mar; 13(1):118-23. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/11972/8443>>. Acesso em:10 de dez. de 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> >. Acesso: 18 de mar.de 2011.

_____. DATASUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Última atualização em: 21 de jul. de 2011. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2928703924548 >. Acesso em: 08 de ago. de 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 20 de mai. de 2011.

_____. _____. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Síntese de Indicadores Sociais uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicsociais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 19 de jun. de 2011.

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

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 01 de dez. de 2010.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. . 1.ª ed. 1.ª reimpressão. Brasília – DF, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 05 de dez. de 2010.

_____. _____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008 .64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 28 de jun. de 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>. Acesso em: 19 de nov. 2010.

BAPTISTA, Sofia Galvão; CUNHA, Murilo Bastos da. Estudo de usuários: visão global dos métodos de coleta de dados. **Perspect. ciênc. inf.** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 168-184. ISSN 1413-9936. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pci/v12n2/v12n2a11.pdf>>. Acesso em: 27 de fev. 2011.

BESSA, Maria Eliana Peixoto; SILVA, Maria Josefina da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 258-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/06.pdf>>. Acesso em: 28 de jun. de 2008.

CALDAS, Célia Pereira. Quarta idade: a nova fronteira da Gerontologia. In: NETTO, Matheus Papeléo. **Tratado de Gerontologia**. 2ª Ed., rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

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. (5): 137-67, 2004.

_____; MELLO, Juliana Leitão e. Introdução. In **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** / Ana Amélia Camarano (Organizadora) – Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 350.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; MACHADO, Carla Jorge and RODRIGUES, Roberto do Nascimento. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. 2007, vol.24, n.1, pp. 37-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v24n1/03.pdf>>. Acesso em: 18 de jun. de 2011.

_____ ; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; MACHADO, Carla Jorge. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 17(5/6), 2005. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26275.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2011.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. Processo de Envelhecimento. **Psicologia.com.pt** [online]. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 05 de dez. de 2010.

CARDOSO, Juliani Hainzenreder; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2871-2878. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a24v15n6.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2011.

CARNEIRO, Rachel Shimba et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. Porto Alegre, 2007, vol.20, n.2, pp. 229-237. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em:05 de ago. de 2010.

CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira - Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/930>>. Acesso em 28 de jun. de 2011.

D'ALENCAR, Bárbara Pereira et al. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp. 48-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500005> Acesso em :27 de ago. de 2010.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 796-805. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>. Acesso em: 05 de dez. de 2010.

DOMINGUES, Paula Casalini; NERI, Anita Liberalesso. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Volume 14, Número 3, 2009. Disponível em: < http://www.sbfafs.org.br/_artigos/279.pdf>. Acesso em: 08 de ago. de 2011.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 818-824. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a12v43n4.pdf>>. Acesso em: 05 de dez. de 2010.

FILHO, Wilson Jacob. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FONSECA, Maria das Graças Uchôa Penido et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 159-165. Disponível em: < http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/162.pdf>. Acesso em: 27 de ago. de 2010.

FORTES, Luiz Henrique Stüssi Dias; RABELO, Dóris Firmino Rabelo. Fatores associados ao declínio cognitivo de idosos residentes na comunidade de Patos de Minas-MG. **PERQUIRÊRE** - Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM. Patos de Minas: UNIPAM, n. 7, vol. 1: 53-62, ago. 2010. Disponível em: < http://www.unipam.edu.br/perquirere/images/stories/2010/Fatores_associados_ao_declinio_cognitivo.pdf>. Acesso em: 08 de ago. de 2011.

FREITAS, Elizabete Vieira de; MIRANDA, Roberto Dischinger. **Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla**. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GARCIA, Maria Alice Amorim et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.537-52, set/dez 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 20 de jun. de 2011.

GUEDEA, Miriam Teresa Domínguez et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. Porto Alegre, 2006, vol.19, n.2, pp. 301-308. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 de ago. de 2010.

GUIMARÃES, Renato Maia. O envelhecimento: um processo pessoal? In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOLDFARB, Délia Catullo; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. Avosidade: A família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Ângela Maria; SANTOS, Maria Azevedo dos. Conhecendo os cuidadores domiciliares de idosos: Os cuidadores Leigos de Pessoas Idosas. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

JARDIM, Sueli Erasma Gaspar. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papeléo. **Tratado de Gerontologia**. 2ª Ed., rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

LEITE, Marinês Tambara et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm**. [online]. Florianópolis, Abr.-Jun. 2008, vol.17, n.2, pp. 250-257. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>> Acesso em: 03 de set. de 2010.

LEME, Luiz Eugênio Garcez; SILVA, Paulo Sérgio Carvalho Pereira da. O idoso e a família In: NETTO, Matheus Papaléo (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

_____. O idoso e a família. In: NETTO, Matheus Papeléo. **Tratado de Gerontologia**. 2ª Ed., rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

LUZ, Márcia Maria Carvalho; AMATUZZI, Mauro Martins. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estud. psicol**. [online]. Campinas, 2008, vol.25, n.2, pp. 303-307. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000200014&lang=pt&tlng=pt> . Acesso em: 14 de set. de 2010.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidades de Educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoas Idosas no Domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr.-Jun. 2007; 16(2): 254-62. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 01 de dez. de 2010.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto; LEFEVRE, Fernando. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. São Paulo, abr. 2005, vol.15, n.1, p.1-10. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de set. de 2010.

MENDOZA-SASSI, Raúl et al. Revalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2006; vol.20 n. 1, p. 8-22. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n1/31717.pdf>>. Acesso em: 02 de fev. de 2011.

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm.** [online]. São Paulo, 2005, vol.18, n.4, p. 422-426. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 de out. de 2010.

MOTA, Fernanda Rochelly do Nascimento et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc. Anna Nery** [online]. 2010, vol.14, n.4, pp. 833-838. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a25.pdf>>. Acesso em 28 de jun. de 2011.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª Ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization;** tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: <<http://bloggerenfermagem.blogspot.com/2010/08/livro-envelhecimento-ativo-uma-politica.html>>. Acesso em: 05 de dez. de 2010.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Autonomia e Independência. In: NETTO, Matheus Papeléo. **Tratado de Gerontologia.** 2ª Ed., rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PASKULIN, Lisiane M. G.; VIANNA, Lucila A C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. **Rev Saúde Pública.** 2007;41(5):757-68. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n5/5764.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2011.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.3, pp. 374-379. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_15.pdf>. Acesso em: 05 de dez. de 2010.

_____ et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(3):326-35 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm>. Acesso em: 21 de jun. de 2011.

_____. NERI, Anita Liberasso. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

PEDROSA, Aline Silva. **Homens idosos avôs: o significado dos netos para o cotidiano**. 2006. P.117. Dissertação (Mestre em Gerontologia do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em:< <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/homens.pdf>>. Acesso em: 28 de jun. de 2011.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr.** [online]. Rio Grande do Sul, 2006, vol.28, n.1, pp. 27-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 de jun. de 2010.

PINHEIRO, Maria Clara de Paula-Couto et al. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama da escolta – para idosos brasileiros. **Univ. Psychol. Bogotá, Colombia** V. 7, NO. 2 PP. 493-505 , Maio-Agosto 2008. Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/up/v7n2/v7n2a15.pdf>>. Acesso em: 28 de jun. de 2011.

PINTO, José Leonel Gonçalves et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 753-764. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30990.pdf>. Acesso em: 27 de jun. de 2011.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 793-798, mai.-jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>>. Acesso 28 de nov. de 2010.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.37, n.1, pp. 40-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2011.

SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost; BARHAM, Elizabeth Joan. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 2011 Jan-Mar; 20(1): 102-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/12.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. de 2011.

SANTOS, Ana Filipa Alves dos. **Qualidade de vida e solidão na terceira idade**. Monografia (Licenciatura de Psicologia – Ramo Clínico). 2008. 79 f. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>>. Acesso em: 02 de ago. de 2011.

SILVA, E. B. N. **Preparando adultos para a convivência com familiares idosos: uma proposta de intervenção psicoeducacional**. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

SOUZA, Rosângela Ferreira de; SKUBS, Thais; BRETAS, Ana Cristina Passarella. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, Mai.-Jun.2007, vol.60, n.3, pp. 263-267. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 de jun. de 2010.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Revista kairós**, São Paulo, 11(2), dez. 2008, pp. 59-80. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2393/1486>>. Acesso em: 06 de dezembro de 2010.

TORRES, Gilson de Vasconcelos et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Aval. psicol.** [online]. Porto Alegre, dez. 2009, vol.8, n.3, p.415-423. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de set. de 2010.

_____ et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública** v.34, n.1, p.19-30 jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1398.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. de 2011.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. São Paulo , set. 2005, vol.8, n.3, pp. 246-252. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 de ago. de 2010.

ZAVALA, Mercedes G. et al. Funcionamiento social del adulto mayor. **Cienc. enferm.** [online]. 2006, vol.12, n.2, pp. 53-62. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>>. Acesso em 21 de jun. de 2011.

ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Iseu. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2002, vol.79, n.6, pp. 635-639. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n6/13766.pdf>>. Acesso em:19 de jun. de 2011.

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE MARIA MILZA
Autorização nº 185 754/2008 – 17 de 31/10/08

**PARECER CONSUBSTANCIADO
PROTOCOLO Nº 034/2011**

1 – Identificação

Titulo: Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional

Pesquisador Responsável: Dóris Firmino Rabelo

Instituição: Centro de Ciências da Saúde - UFRB

Data de apresentação ao CEP: 21 de fevereiro de 2011

2 – Sumário do projeto

A pesquisa será feita com amostra composta por 134 famílias com a presença de idosos que se dispuserem a participar, dentre os que, á época da coleta de dados, estiverem residindo no bairro Centro do m municipio de Santo Antonio de Jesus. A escolha das famílias dar-se-á por sorteio. Os instrumentos para coleta das informações serão: a) Ficha de informações sócio-demograficas para caracterizar os idosos quanto a – idade, sexo, estado civil, escolaridade, arranjo domiciliar, histórico de saude, engajamento social, hábitos e estilo de vida. b) Para avaliar o desempenho nas atividades de vida diária será utilizado, 1) INDEX de independência nas atividades de vida diária de Katz; 2) Escala de Lawton; c) Mini-exame do estado mental; d) APGAR da familia; e) ISEL reduzido – Interpersonal Support Evaluation; f) Mapa mínimo de relações do idoso – MMRI; g) Familiograma; h) Inventario do clima familiar – ICF; i) Questionário sobre o adulto residente no mesmo domicilio do idoso, atitudes do familiar frente ao idoso e necessidades apontadas pelo familiar quanto à orientação para lidar com o idoso; j) Escala de ônus adaptada para avaliação de dificuldades em lidar com idosos, constituída por 26 situações típicas do convívio com idosos. A coleta de dados será feita no domicilio do idoso por estudantes do Centro de Ciências da Saude da UFRB, que serão devidamente treinados para este fim. Os dados obtidos serão submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS e serão feitas estatísticas descritivas, comparação de grupos, correlações e análises de regressão. Será respeitada a privacidade, sigilo e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa. Caso ocorra percepção, por parte dos pesquisadores, de algum sinal de desconforto, ansiedade ou constrangimento do sujeito, o mesmo terá sua abordagem imediatamente encerrada. O estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa, já que a participação do mesmo é de caráter voluntario e sua colaboração será em responder os questionamentos. Os sujeitos não serão expostos a nenhum tipo de teste de substancias, drogas ou dispositivos para a saúde.

ANEXO B**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

(nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, endereço, RG)

estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “**Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional**”, cujo objetivo e justificativa são avaliar os aspectos psicossociais e o sistema familiar do idoso. Devido a escassez de trabalhos científicos com esta população em Santo Antônio de Jesus, faz-se necessário um entendimento a respeito deste grupo, afim de estabelecer um diagnóstico e possibilitar ações de intervenção.

A minha participação neste estudo será em responder a uma entrevista com perguntas sobre meu estilo de vida, minha saúde física e psicológica, a alguns testes de avaliação do meu funcionamento cognitivo e perguntas sobre o funcionamento da minha família.

Fui alertado de que este estudo não oferece riscos já que a minha participação é voluntária e minha colaboração será em responder à entrevista. Fui esclarecido de que não serei exposto a nenhum tipo de teste de substâncias, drogas ou dispositivos para a saúde. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem haver qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Da mesma forma, não receberei vantagens ou gratificações financeiras pela minha participação na pesquisa. Os benefícios da pesquisa terão uma repercussão coletiva, ou seja, será possível o planejamento de intervenções voltadas à melhora da qualidade de vida na idade avançada, ampliar o campo de pesquisa na área do envelhecimento em Santo Antônio

de Jesus, além de incentivar a formação de profissionais capacitados para atenderem o idoso com eficácia.

O pesquisador responsável pelo projeto é a professora Dóris Firmino Rabelo da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB e com ela poderei manter contato pelos telefones 75 3632-1833 e 75 9106-6712.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Santo Antônio de Jesus/BA, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do pesquisador coordenador: _____

Assinatura do responsável pela coleta de dados: _____

ANEXO C

Ficha de informações sócio-demográficas

A 1. Nome do idoso: _____		
A 2. Rua/Av.: _____	A 3.No: _____	A 4.Compl: _____
A 5. Bairro: _____		
A 6.Tipo de domicílio: (1) Casa (2) Apartamento (3) Casa de fundos (4) Cômodo		

1-Idade: _____ **2- Sexo:** (1) F (2) M **3- Raça:** (1)branca (2)Negra (3) Parda (4) Amarela

4-Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado

5- Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo

(4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior

6- É aposentado ou pensionista? (1) Sim: aposentado (2) Sim: pensionista (3) Não

7- Trabalha atualmente? (1) Sim: Atividade informal (2) Sim: Atividade formal (3) Não

8- Com quem mora? (1) Sozinho (2) Com cônjuge ou companheiro (3) Com filhos

(4) Com cônjuge e filhos (5) Com netos (6) Com cônjuge, filhos e netos (5) Outros parentes (6) Pessoas fora da família

9- Quantos filhos o(a) Sr(a) tem? _____

10- O(a) Sr(a) é proprietário de sua residência? (1) Sim (2) Não (3) a casa é do familiar

11- De que forma o(a) Sr(a) participa das despesas da casa:

(1) Responsável por todas as despesas

(2) Responsável por algumas despesas

(3) Quando necessário

(4) Quando quer

(5) Não participa

(6) Outros: _____

12- Lar: (1) unigeracional (2) multigeracional:

_____ (motivo do arranjo domiciliar)

ANEXO D

Questionário de Doenças e de Sinais e Sintomas Auto-Relatados

Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem os seguintes problemas de saúde?

1.	Problema do coração/doença do coração?	Sim Não	() ()
2.	Pressão alta/hipertensão?	Sim Não	() ()
3.	Embolia/Derrame?	Sim Não	() ()
4.	Diabetes Mellitus?	Sim Não	() ()
5.	Tumor maligno/câncer?	Sim Não	() ()
6.	Artrite ou reumatismo?	Sim Não	() ()
7.	Doença pulmonar crônica?	Sim Não	() ()
8.	Depressão?	Sim Não	() ()
9.	Osteoporose?	Sim Não	() ()

Nos últimos **12 meses**, o(a) senhor(a) teve algum destes problemas?

10.	Dor no peito?	Sim Não	() ()
11.	Inchaço nos pés ou tornozelos?	Sim Não	() ()
12.	Falta de ar?	Sim Não	() ()
13.	Vertigem ou tontura persistente?	Sim Não	() ()
14.	Fadiga ou cansaço grave?	Sim Não	() ()
15.	Tosse persistente, catarro ou chiado no peito?	Sim Não	() ()
16.	Transpiração excessiva ou sede persistente?	Sim Não	() ()
17.	Quedas?	Sim Não	() ()
18.	O(a) senhor (a) tem alguma dor persistente?	Sim. Qual a intensidade dessa dor? Fraca Moderada Forte Não	() () () () ()
19.	O(a) senhor(a) ganhou peso involuntariamente no último ano?	Sim Quantos quilos, aproximadamente? _____ Não	() ()
20.	Teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	Sim Não	() ()
21.	O(a) senhor(a) perdeu peso involuntariamente?	Sim Quantos quilos, aproximadamente? _____ Não	() ()

ANEXO E**Escala de Katz**

Atividade	Independente (1,0)	Dependente parcial (0,5)	Dependente total (0,0)
Banho			
Transferência			
Vestuário			
Continência			
Higiene pessoal			
Alimentação			

- () Independente para AVD's = 6pts
- () Dependência parcial para AVD's = 4 pts
- () Dependência total para AVD's = 2 pts

ANEXO F

Escala de Lawton

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
O (a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa/ cuidar do jardim ou subir escadas?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O (a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Total	_____ Pontos	

ANEXO G

ISEL Reduzido - *Interpersonal Support Evaluation*

Gostaríamos de saber a facilidade que você encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas:

	<i>Nunca</i>	<i>Às vezes</i> (1-2dias / semana)	Maioria das vezes (3-4 dias / sem)	Sempre (5-7 dias/ semana)
1. Você diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho.	1	2	3	4
2. Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4
3. Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente.	1	2	3	4
4. Você tem com quem contar Quando você precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4
5. Você tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente.	1	2	3	4

De quantos familiares você se sente próximo/a, para conversar sobre questões pessoais, pedir ajuda, etc.? _____

Pensando nos seus parentes, com quem você tem contato, conversa e confia com qual frequência você os encontraria? (1) Nunca (2) Uma vez por mês (3) Poucas vezes ao mês (4) Semanalmente (5) Diariamente

ANEXO H

Apêndice L: APGAR de Família

	Sempr	Ás	Nunca
O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando?	2	1	0
O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual o(a) r(a) e sua família conversam e compartilham os problemas?	2	1	0
O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?	2	1	0
O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor ?	2	1	0
O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual o (a) sr(a) e sua família compartilham o tempo juntos?	2	1	0
(1) 0 a 4 (2) 5 a 6 (3) 7 a 10 TOTAL:			

ANEXO I**Questionário sobre o adulto residente no mesmo domicílio do idoso**

1-Idade: _____

2- Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

3-Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado

4- Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo

(4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior

5- Trabalha? (1) Sim (2) Não (3) Aposentado/pensionista

6- Quantas pessoas acima de 60 anos moram nesta casa? _____

7- Relação de parentesco com o idoso: (1) filho (2) nora (3) genro (4) neto (5) outro:

8- Existe algum problema relacionado ao idoso que você gostaria de citar?

(1) Sim: _____ (2) Não

9- Qual o tipo de assistência a saúde que o idoso tem? (1) Convênio (2) não tem (3) outro: _____

10- De que forma o idoso participa das despesas da casa:

(1) Responsável por algumas despesas

(2) Quando necessário

(3) Quando quer

(4) Não participa

(5) Outros: _____

11- O idoso desenvolve algum tipo de atividade em casa?

(1) Sim: _____ (2) Não

12- O idoso desenvolve algum tipo de atividade fora de casa?

(1) Sim: _____ (2) Não

13- Por que o idoso mora em sua companhia?

14- O idoso tem um quarto só para si? (1) Sim (2) Não

15- Se Não, com quem o idoso compartilha o quarto: _____

16- Idade: _____

17- Que vantagens traz para você o fato de o idoso morar em sua companhia?

18- Que vantagens tem o idoso em morar em sua companhia?

19- Que desvantagens traz para você o fato de o idoso morar em sua companhia?

20- Que desvantagens tem o idoso em morar em sua companhia?

21- Existem dificuldades no relacionamento com o idoso?

(1) Sim: _____ (2) Não

22- Você gostaria de receber orientações sobre como lidar com idosos? (1) Sim (2) Não

23- Em caso afirmativo, sobre que assunto?

24- Você gostaria que o idoso com quem convive recebesse alguma orientação? (1) Sim (2) Não

25- Em caso afirmativo, sobre que assunto?

ANEXO J

Escala de ônus adaptada para avaliação de dificuldades em lidar com idosos

Você encontrará a seguir 26 situações que podem estar presentes no convívio com pessoas idosas.

De acordo com a dificuldade que você tem em lidar com estas situações, marque no quadro a seguir, na seguinte ordem: 1- pouquíssima dificuldade; 2- um pouco de dificuldade; 3- uma dificuldade média; 4- muita dificuldade e 5- muitíssima dificuldade.

Não marque mais de um ponto em cada item. Faça um a um, com atenção e sem pular nenhum.

SITUAÇÕES	1	2	3	4	5
As queixas do idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A dificuldade que o idoso tem para andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As despesas causadas pelo idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As perdas de objetos pelo idoso (óculos, chaves, chinelo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisar levar o idoso ao médico ou outros profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As discussões entre o idoso e a família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O desinteresse do idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O fato de o idoso falar palavrões ou ser verbalmente inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter que lavar as roupas do idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O fato de o idoso ser confuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>