UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCÍA SILVA

O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar.

Ribeirão Preto

2007

LUCÍA SILVA

O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Linha de Pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas.
Orientadora: Profª Drª Sueli Ap. Frari Galera.

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Lucía
O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar. / Lucía Silva; orientadora Sueli Ap. Frari Galera. -- Ribeirão Preto, 2007.
157 f. : il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1. Idoso. 2. Família. 3. Enfermagem. 4. Cultura.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lucía Silva

O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, com quem compartilho os meus mais preciosos laços...

Ao meu esposo Fábio, por fazer com que o amor e a compreensão dêem sentido a tudo o que construímos.

À minha mãe Egle, por ser meu exemplo de amor e perseverança e por priorizar meu estudo, em todos os momentos.

À minha irmã Paula, por sua infinita generosidade e carinho.

Às minhas tias Flávia, Ana Maria e Regina, aos meus primos e ao meu cunhado Alex, por todo o incentivo e tantas alegrias compartilhadas, mesmo em espaços curtos de tempo.

Ao meu pai, por me presentear com as pequenas Ana Carolina e Sofia, minhas queridas irmãzinhas.

À minha avó Benedicta (in memoriam), por me ensinar, desde muito cedo, por meio de suas atitudes, que Deus e a família estão acima de tudo e por me proporcionar a felicidade de ser sua neta...

AGRADECIMENTOS

A Deus, "na verdade, é justo e necessário, é nosso dever e salvação, dar-Vos graças, sempre e em todo lugar, Senhor, Pai santo, criador do mundo e fonte da vida".

À Profª Drª Sueli Aparecida Frari Galera, toda a orientação e o respaldo para o desenvolvimento deste trabalho.

Às profªs Márcia Maria Fontão Zago, Sueli Marques e Vânia Moreno, as oportunidades de aprendizado no Exame Geral de Qualificação e discussão da pro forma.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, o aprimoramento em minha trajetória profissional.

À Faculdade Marechal Rondon/UNINOVE, Instituição responsável pelo meu crescimento pessoal e profissional, a flexibilidade e o incentivo concedidos.

À Profª Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza e ao José Moreno, os recursos que disponibilizaram durante o curso das disciplinas da pós-graduação.

Às Profªs Sílvia Cristina Mangini Bocchi, Magda Cristina Queiróz Dell'Acqua e Wilza Carla Spiri, a amizade e o exemplo de profissionalismo e competência, sempre.

A todos os amigos que comigo dividem momentos especiais da vida, sobretudo às minhas queridas Sílvia, Janaína, Carla e Daniela, a presença constante, verdadeira e afetuosa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o financiamento na etapa inicial desta pesquisa.

À minha mãe Egle e ao Carlos Henkel, a revisão de português de todo o material e as versões em inglês e em espanhol do resumo deste trabalho.

À Equipe de Saúde da Família do Jardim Iolanda, o carinho com que me receberam.

Às famílias participantes do estudo, que confiaram a mim suas valiosas experiências.

A avó, que tem oitenta anos,
Está tão fraca e velhinha! . . .
Teve tantos desenganos!
Ficou branquinha, branquinha,
Com os desgostos humanos.

Hoje, na sua cadeira,
Repousa, pálida e fria,
Depois de tanta canseira:
E cochila todo o dia,
E cochila a noite inteira.

Às vezes, porém, o bando
Dos netos invade a sala . . .
Entram rindo e papagueando:
Este briga, aquele fala,
Aquele dança, pulando . . .
A velha acorda sorrindo,
E a alegria a transfigura;
Seu rosto fica mais lindo,
Vendo tanta travessura,
E tanto barulho ouvindo.

Chama os netos adorados,
Beija-os, e, tremulamente,
Passa os dedos engelhados,
Lentamente, lentamente,
Por seus cabelos, doirados.

Fica mais moça, e palpita,
E recupera a memória,
Quando um dos netinhos grita:
"Ó vovó! conte uma história!
Conte uma história bonita!"

Então, com frases pausadas,
Conta historias de quimeras,
Em que há palácios de fadas,
E feiticeiras, e feras,
E princesas encantadas . . .

E os netinhos estremecem,
Os contos acompanhando,
E as travessuras esquecem,
— Até que, a fronte inclinando
Sobre o seu colo, adormecem. . .

(A avó. Olavo Bilac, 1913).

RESUMO

SILVA, L. **O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar.** 2007. 157 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Com o processo de envelhecimento natural e com o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis, os idosos podem apresentar certo grau de dependência para a realização de atividades, sendo indicado que permaneçam sob os cuidados de sua família. A presença de um idoso dependente afeta todos os membros da família e, dependendo da cultura familiar, o envelhecimento e a dependência são encarados de diversas maneiras. O objetivo dessa pesquisa foi identificar os aspectos culturais que orientam o convívio da família com o idoso dependente. O estudo de abordagem metodológica qualitativa utilizou as perspectivas do ciclo vital, da família como sistema e da influência da cultura sobre a saúde familiar como quadro teórico. Como método adotou-se o estudo de caso embasado em alguns pressupostos da etnografia. Os participantes foram 11 integrantes de cinco famílias que tinham entre seus membros um idoso dependente e que faziam parte da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior paulista. Os dados foram coletados principalmente de setembro a dezembro de 2005, por meio do Modelo Calgary de Avaliação Familiar e entrevista semi-estruturada. A partir da análise dos sistemas familiares constatou-se que cada família era composta de quatro a cinco membros e a renda familiar aproximada variou entre 880 e 3000 reais. A análise de conteúdo latente a que foram submetidas as entrevistas permitiu identificar duas categorias: em "A VELHICE E A DEPENDÊNCIA COMO EVENTOS DA VIDA" constatou-se que não só o envelhecimento é percebido como natural, mas também o declínio

funcional, a dependência e, por conseguinte, a ida do idoso para a casa da família; em "A ADAPTAÇÃO FAMILIAR PARA O CONVÍVIO COM UM IDOSO DEPENDENTE" os aspectos culturais relacionados à compreensão, à cooperação mútua e à valorização do idoso influenciam sobre o tipo de estratégia adotada pela família para se adaptar à situação. Este estudo constatou que os fatores culturais, como os valores e as crenças familiares, têm influência direta sobre a forma de adaptação da situação de envelhecimento com dependência e, portanto, devem ser empenhados esforços não apenas por parte dos profissionais de saúde mental, mas também por parte daqueles que adotam a família como sua unidade de cuidado para promover um ajustamento familiar saudável à velhice, apoiando as perdas percebidas pela família (papéis sociais, declínio fisiológico e funcional) e colaborando para a criação de uma efetiva rede de suporte social que favoreça a manutenção do idoso na comunidade.

Palavras- chave: idoso, família, enfermagem, cultura.

ABSTRACT

SILVA, L., **The process of living with a dependent older person from the perspective of a family group.** 2007. 157 f. Master's thesis. School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

As they get older naturally and with the appearance of chronic non-contagious diseases, older people may exhibit a certain degree of dependency in carrying out activities. It is recommended that they remain at home, in the care of their family. The presence of a dependent older person affects all members of the family and, depending on the family culture, ageing and dependence are faced if different ways. The purpose of this research was to identify the cultural aspects that guide family life with a dependent older person. The qualitative methodological approach study used, as theoretical framework, the late stages of life from a perspective of the life cycle, of the family as a system and of the influence of the culture on family health. The method utilized was the case study based on some assumptions of ethnography. The participants were 11 members of 5 families who had a dependent older person as one of their members and who were part of the coverage area of a Family Health Unit in a city in the interior of the state of São Paulo. The data were collected mainly from september to december of 2005, by means of the Calgary Model of Family Assessment and semi-structured interviews. Starting with the analysis of the family systems, it was noted that each family was composed of 4 to 5 members and that the approximate family income varied from 880 to 3000 Reales. The analysis of the latent content implicit in the interviews made possible the identification of two categories: in "OLD AGE AND DEPENDENCY AS LIFE EVENTS" evidenced that not only aging is perceived as natural, as the functional decline, the dependence and, therefore, the gone of the older person for the house of

his family; in “FAMILY ADAPTATION FACED WITH LIVING WITH A DEPENDENT OLDER PERSON” evidenced that the cultural aspects related to the understanding, to the mutual cooperation and the valuation of the older person influence on the type of strategy adopted for the family to adapt themselves to the situation. This study found that cultural factors, such as family values and beliefs, directly influence the manner of adapting to the situation of aging with dependence and thus, efforts must be exerted by the mental health professionals and by those who adopt the family as care unit, to adopt a healthy family adjustment to old age, granting support for the losses perceived by the family (social roles, physiological and functional decline) and cooperating in the creation of an effective support network that favors keeping the older person in the community.

Key words: aged, family, nursing, culture.

RESUMEN

SILVA, L. **El proceso de convivir con una persona mayor dependiente, desde la perspectiva familiar.** 2007. 157 f. Tesis de Maestría. Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Con el proceso de envejecimiento natural y con la aparición de enfermedades crónicas no contagiosas, las personas mayores pueden exhibir cierto grado de dependencia en la realización de actividades y es recomendado que queden al cuidado de su familia. La presencia de una persona mayor dependiente afecta a todos los miembros de la familia y, dependiendo de la cultura familiar, el envejecimiento y la dependencia son encarados de diferentes maneras. El objetivo de esta investigación fue identificar los aspectos culturales que orientan la convivencia de la familia con la persona mayor dependiente. El estudio del enfoque metodológico cualitativo usó como marco teórico la etapa tardía de la vida desde la perspectiva del ciclo vital, del enfoque familiar como un sistema y de la influencia de la cultura sobre la salud familiar. Como método se utilizó el estudio de caso basado en algunas presupuestos de la etnografía. Los participantes fueron 11 integrantes de cinco familias que tenían entre sus miembros una persona mayor dependiente y que formaban parte del área cubierta por una Unidad de Salud Familiar de un municipio del interior del Estado de San Pablo. Los datos fueron recogidos principalmente de septiembre a diciembre de 2005, utilizando el Modelo Calgary de Evaluación Familiar y una entrevista semi-estructurada. A partir del análisis de los sistemas familiares se constató que cada familia estaba compuesta entre cuatro a cinco miembros y que el ingreso familiar aproximado variaba entre 880 y 3000 reales. El análisis del contenido latente a que fueron sometidas las entrevistas permitió identificar dos categorías: en “LA VEJEZ Y LA DEPENDENCIA COMO

EVENTOS DE LA VIDA" se evidenció que no solamente el envejecimiento es comprendido como natural, pero también la declinación funcional, la dependencia y, por lo tanto, la ida de la persona mayor para la casa de la familia; en "LA ADAPTACIÓN FAMILIAR FRENTE A LA CONVIVENCIA CON UNA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE", los aspectos culturales relacionados a la comprensión, a la cooperación mutua y a la valoración de la persona mayor influencian en el tipo de estrategia adoptado para que la familia se adapte a la situación Este estudio constató que los factores culturales como los valores y creencias familiares, tienen una influencia directa sobre la forma de adaptación de la situación de envejecimiento con dependencia; por ese motivo deben hacerse esfuerzos por parte de los profesionales de salud mental y de aquellos que adoptan la familia como su unidad de cuidado, para promover un ajuste familiar saludable a la vejez, apoyando las pérdidas percibidas por la familia (roles sociales, deterioro fisiológico y funcional) y colaborando con la creación de una red de apoyo social efectiva que favorezca el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad.

Palabras clave: anciano, familia, enfermería, cultura.

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados.

PNI – Política Nacional do Idoso.

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária.

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF – Programa Saúde da Família.

USF – Unidade de Saúde da Família.

ESF – Equipe de Saúde da Família.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar.

DPC – Diagrama de Padrão Circular.

HA – Hipertensão Arterial.

DM – Diabetes Mellitus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Envelhecimento funcional **23**

Figura 2 – A família na medida que se relaciona com outros sistemas **44**

Figura 3 – Diagrama ramificado do MCAF **58**

Figura 4 – Representação gráfica de um genograma em branco **59**

Figura 5 - Elementos básicos de um DPC **61**

Figura 6 – Genograma da família de D. Alice **66**

Figura 7 – Ecomapa da família de D. Alice **71**

Figura 8 – Diagrama de Padrão Circular do relacionamento entre sogro e genro **74**

Figura 9 – Genograma da família do Sr. Dorival **77**

Figura 10 – Ecomapa da família do Sr. Dorival **79**

Figura 11 – Diagrama de Padrão Circular do relacionamento entre marido e esposa **80**

Figura 12 – Genograma da família de D. Fátima **82**

Figura 13 – Ecomapa da família de D. Fátima **84**

Figura 14 – Diagrama de Padrão Circular do relacionamento entre mãe idosa e filha **86**

Figura 15 – Genograma da família de D. Heloísa **87**

Figura 16 – Ecomapa da família de D. Heloísa **89**

Figura 17 – Genograma da família de D. Inês **92**

Figura 18 – Ecomapa da família de D. Inês **94**

Figura 19 – Diagrama de Padrão Circular do relacionamento entre sogra e nora **96**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa **67**

Quadro 2 – O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva da família: categorias e subcategorias **102**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **17**

1 INTRODUÇÃO **19**

1.1 O envelhecimento da população no Brasil e no mundo **20**

1.2 O processo de envelhecimento, a capacidade funcional e a autonomia **21**

1.3 O envelhecimento e as políticas de saúde **26**

1.4 O envelhecimento e a família **30**

2 OBJETIVO **36**

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS **38**

3.1 Ciclo vital: a família no estágio tardio de vida **39**

3.2 Teoria dos sistemas: a família como unidade de cuidado **43**

3.3 As influências da cultura sobre a saúde familiar **46**

4 METODOLOGIA **50**

4.1 Referencial metodológico **51**

4.2 Desenho da pesquisa **53**

4.2.1 Local do estudo **53**

4.2.2 Participantes do estudo **54**

4.2.3 Coleta de dados **56**

4.3 Análise de dados **62**

4.4 Rigor da pesquisa **63**

4.5 Aspectos Éticos **64**

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO **65**

5.1 Apresentação das famílias **66**

5.2 Apresentação das categorias identificadas **102**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **141**

REFERÊNCIAS **147**

APÊNDICES

ANEXOS

APRESENTAÇÃO

A pesquisa que resultou nesta dissertação de mestrado cumpre o papel de abordar o envelhecimento com dependência sob a perspectiva da família, buscando identificar os aspectos culturais que orientam este convívio.

Neste estudo, considerou-se idoso dependente o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, que apresentava algum grau de dificuldade para realizar tarefas básicas de cuidados pessoais ou tarefas mais complexas, necessárias para se viver independente na comunidade.

O trabalho foi estruturado em cinco partes, sendo que, na primeira delas, um panorama geral do envelhecimento populacional e da capacidade funcional dos idosos e sua interface com as políticas de saúde e com o contexto familiar são descritos. O objetivo da pesquisa é explicitado na seqüência, em uma segunda parte.

Em seguida, na terceira parte é apresentado o quadro teórico que respaldou o estudo, composto por três referenciais: o estágio tardio de vida sob a perspectiva do ciclo de vida familiar, a abordagem familiar como um sistema e a influência da cultura sobre a saúde familiar.

A trajetória metodológica delineada pelo estudo de caso embasado em alguns pressupostos da etnografia é retratada na quarta parte, assim como todo o desenho da pesquisa.

Na quinta parte são descritos os resultados, seguidos da respectiva discussão, em duas etapas: a primeira descreve a análise das famílias estudadas sob a perspectiva que adota a família como um sistema e a segunda etapa apresenta as categorias identificadas por meio da análise das entrevistas realizadas.

Para finalizar, na sexta parte são traçadas algumas considerações finais, com o propósito de refletir sobre as possíveis contribuições que esta pesquisa poderá trazer para respaldar a prática de enfermeiros que atuam junto a famílias que convivem com o idoso dependente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O envelhecimento populacional no Brasil e no mundo

O envelhecimento populacional mundial decorre do processo de transição demográfica, definida por uma inversão da pirâmide etária populacional, na qual se observa um estreitamento da base, ocupada pelas categorias etárias mais jovens, e um alargamento do ápice, ocupado pela população mais idosa (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Esse processo de envelhecimento populacional repercute nas esferas social, econômica e cultural do país, e vem se constituindo em um tema privilegiado de investigações nos últimos anos.

No ocidente, cada vez mais, as questões relacionadas ao envelhecimento vêm sendo abordadas tanto no meio acadêmico como na própria sociedade. Nos países denominados desenvolvidos, pode-se notar que o envelhecimento populacional ocorre de maneira lenta ao longo dos anos e essa parcela da população vem recebendo mais atenção no decorrer de décadas (KARSCH, 2003). Na Alemanha, por exemplo, a expectativa de vida aumentou significativamente - acima dos cem anos - e isso se deve, particularmente, ao declínio da mortalidade infantil de 20 para 0,5% (BOMSDORF, 2004).

Estima-se que na América Latina, entre os anos de 1980 e 2000, houve um acréscimo de 120% da população em geral, ao passo que o aumento da população com mais de 65 anos foi da ordem de 236%, portanto, aproximadamente, duas vezes maior que o percentual do aumento da população total (SCHOUERI JUNIOR; RAMOS; PAPALÉO NETTO, 2004).

No Brasil, o envelhecimento da população vem se instalando de forma relativamente rápida (DUARTE, 2001), o que pode explicar a falta de preparo da sociedade para receber esse crescente número de idosos. Esse aumento progressivo da população idosa ainda é recente no

país e decorre da queda da fecundidade e da redução da mortalidade em todas as faixas etárias (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), no levantamento censitário do ano de 2000, divulgou que a população brasileira era de 169.799.170 habitantes e, dentre eles, 8,6% (14.536.029) possuíam idade igual ou superior a 60 anos e ainda estimou que, em 2010, o Brasil possuirá o percentual de 9,8% de idosos, em 2015 de 11,14% e em 2025 de 24,66%, o que corresponderá, a uma população de 64.050.979 pessoas com idade acima de 60 anos.

De acordo com Schoueri Junior, Ramos e Papaléo Netto (2004), as projeções para o ano de 2025 demonstram que o país deverá possuir a sexta maior população idosa do mundo: cerca de 32 milhões de pessoas.

Esse fenômeno merece especial atenção pelo fato de estar ocorrendo em um contexto de profunda desigualdade social, em que a maioria da população vive na pobreza. A desordem econômica favorece que um grande número de idosos sobreviva em condições de desamparo e carência (KARSCH, 2003).

1.2 O processo de envelhecimento, a capacidade funcional e a autonomia

Na velhice, ocorrem alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo natural de envelhecimento ou senescência (PAPALÉO NETTO; PONTE, 2005). O declínio das funções orgânicas, dos sistemas e da reserva fisiológica acarreta, portanto, maior predisposição do indivíduo às condições crônicas (MARQUES, 2004).

A utilização do termo *condições crônicas* vem sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) em substituição ao termo *doenças crônicas*. Trata-se de uma definição atualizada, que abarca as condições não transmissíveis (como o diabetes e a doença cardíaca), as condições transmissíveis persistentes (como por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), os distúrbios mentais de longo prazo (como a depressão e a esquizofrenia) e as deficiências físicas e estruturais contínuas. Ainda segundo a OMS (2003), estas condições apresentam como pontos comuns a persistência e a necessidade de certo nível de cuidados permanentes.

Desse modo, o surgimento de doenças não transmissíveis também pode induzir alterações funcionais com maior intensidade. Assim, o processo de senescência dá lugar à senilidade, que se caracteriza pelas modificações decorrentes dos processos mórbidos mais comuns em idosos (PAPALÉO NETTO; PONTE, 2005).

As condições crônicas e o próprio processo natural de envelhecimento diminuem a capacidade funcional de cada sistema do organismo, acentuando o envelhecimento funcional (PASCHOAL, 2005).

De acordo com Gordilho et al. (2001, p.5), a capacidade funcional é a "capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma", e sua avaliação requer o uso de instrumentos multidimensionais.

Freqüentemente, a incapacidade funcional pode ser avaliada por meio da declaração indicativa de dificuldade, ou da necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, que possibilitam o indivíduo viver de forma independente na comunidade (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

As atividades básicas da vida diária (ABVD) incluem alimentar-se, ter continência, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. Já as atividades instrumentais da vida diária

(AIVD) refletem a capacidade de os idosos se adaptarem ao seu meio e incluem atividades mais complexas como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, utilizar transporte, dentre outras (LEVY, 2001).

Conforme explicita a Figura 1, após o nascimento, as pessoas desenvolvem sua *capacidade funcional* até os 20 ou 30 anos de idade. A partir daí, o desempenho funcional se deteriora aos poucos, motivado pelo processo de envelhecimento natural. Incidentes críticos, como doenças e acidentes, colocam o indivíduo em uma inclinação mais profunda de sua curva de declínio funcional. Em um determinado nível, situa-se o *limiar de incapacidade*. Acima desse limiar, as pessoas vivem de forma independente. Abaixo dele, as pessoas vivem de forma dependente (PASCHOAL, 2005).

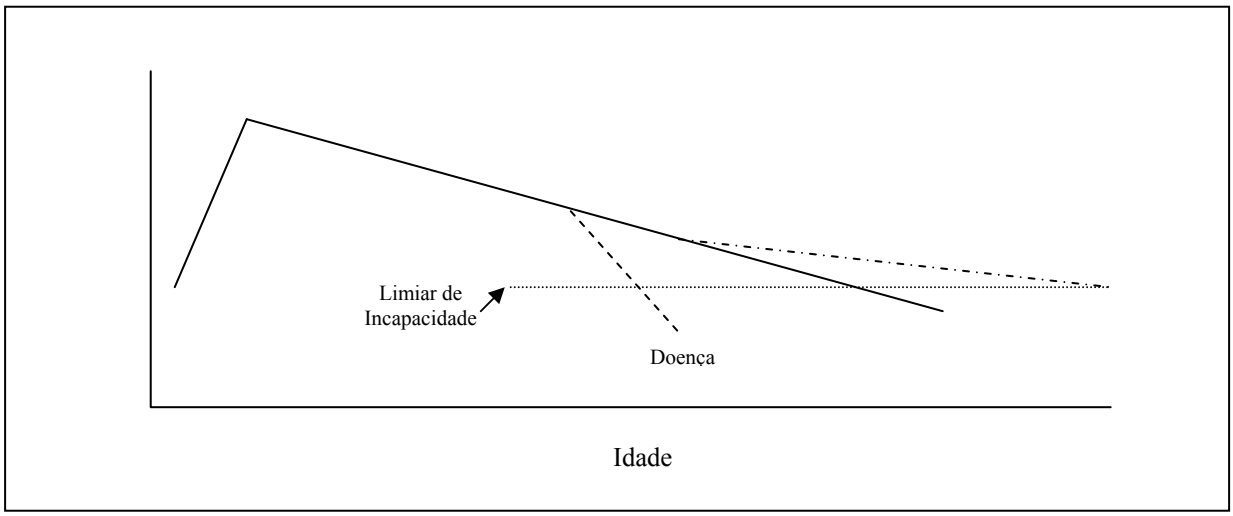

Figura 1 – Envelhecimento funcional (PASCHOAL, 2005).

A dependência pode ser definida como a "condição de uma dada pessoa que faz com que ela requeira o auxílio de outras pessoas para a realização de atividades do seu dia-a-dia" (GORDILHO et al., 2001, p.151).

Dessa forma, apesar de a velhice ser um processo natural da vida, a diminuição da capacidade funcional pode ocasionar ao indivíduo a perda de sua autonomia e de sua independência, dificultando a realização do autocuidado, das tarefas do cotidiano e tornando-o dependente de outros para as atividades da vida diária.

Para Paschoal (2005), a autonomia é definida como a capacidade de decisão e de comando e, para o idoso, a autonomia é mais útil que a sua independência como um objetivo global, pois pode ser completamente restaurada mesmo que o indivíduo continue dependente.

Em relação a esse conceito, Faro (2001, p. 138) acrescenta que "a autonomia refere-se ao estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras, construir seu próprio caminho de vida".

A manutenção da autonomia do idoso é influenciada diretamente pelos fatores culturais que permeiam o convívio familiar. O direito de o idoso fazer escolhas e tomar decisões pode ser reconhecido quando a família, amparada por seus valores e crenças, valoriza seu ente idoso e busca estimular suas potencialidades.

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), o termo dependência está intimamente ligado à fragilidade, ou seja, uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios. Acrescentam ainda que isso pode ser observado em pessoas com mais de 85 anos ou naqueles mais jovens que apresentam doenças ou limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptação.

De acordo com Faro (2001) existe um movimento entre a dependência e a independência, que possui a autonomia como base de apoio, a fim de proporcionar o equilíbrio entre elas. Para a autora, a oposição estabelecida entre os dois estados é circunstanciada por fatores e incidentes críticos, podendo conferir aos conceitos de autonomia, dependência e independência um caráter situacional.

Paschoal (2005) acrescenta que independência e dependência são conceitos que só podem existir em relação a alguma coisa e só podem ser corretamente utilizados quando relativizados. Assim, na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva.

Pavarini e Neri (2000) admitem que a dependência é apenas uma face da velhice e, como qualquer fenômeno evolutivo-comportamental, é determinada por variáveis ambientais, biológicas, psicológicas e ligadas à história social e cognitiva do idoso.

É importante ressaltar que a perda gradual da capacidade para o desempenho de algumas atividades básicas e instrumentais da vida diária não implica em perda de potencialidades criativas e necessidades emocionais (NARANJO et al., 2001; PAVARINI; NERI, 2000).

Neste estudo, considerou-se idoso dependente aquele indivíduo que apresentava prejuízo na sua habilidade de manutenção da independência em decorrência de uma doença.

Dentre as condições causadoras de dependência em idosos, estão a demência, a fratura de quadril, o acidente vascular cerebral, as doenças reumatológicas e as deficiências visuais (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Konno et al. (2004) determinam, ainda, como fatores que podem predispor o declínio funcional em idosos: o déficit cognitivo, as comorbidades, a depressão, a diminuição do contato social, a falta de atividade física e o déficit no autocuidado.

O ideal seria que fosse permitido aos idosos conservarem ao máximo sua expectativa de vida ativa, mantendo um nível funcional satisfatório e o exercício de sua autonomia, preservando-o em seu domicílio e em seu meio social (NARANJO et al., 2001).

Para Smeltzer e Bare (2002), um envelhecimento saudável ou bem-sucedido reflete-se na capacidade que a pessoa idosa tem de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e atingir satisfação em sua vida, já que as mudanças nos padrões de vida são inevitáveis.

Outra questão importante a ser considerada é o fato de os idosos, muitas vezes, irem residir com sua família, geralmente quando esta percebe que ele não é totalmente capaz de manter-se sozinho.

Nesse contexto, é fundamental que os serviços de saúde e os profissionais, inclusive o enfermeiro, estejam capacitados para oferecer assistência e suporte à família, que nem sempre está preparada para assumir o cuidado do idoso.

1.3 O envelhecimento e as políticas de saúde

A Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei Federal nº 8842, de 4 de janeiro de 1994 e regulamentada em 3 de julho de 1996, através do Decreto-Lei Federal nº 1948, define o idoso como aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, e integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996).

No Brasil, o aumento do número dessa população implica, em relação à utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, com a necessidade de intervenções e tecnologia complexas para o cuidado. Tais intervenções são caras para o sistema de saúde (VERAS, 2003).

Ainda segundo Veras (2003), a questão dos crescentes custos do setor saúde pode ser entendida como um paradoxo, visto que, em todos os ramos da economia, a incorporação de novas tecnologias reduz os custos e melhora os produtos e serviços, enquanto que na saúde produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhorem.

Visando manter o idoso sob os cuidados de sua família e à redução desses custos na assistência hospitalar e institucional, a tendência atual, tanto no Brasil quanto em outros países, é indicar a permanência dos idosos dependentes em seus próprios domicílios, sob os cuidados de sua família (KARSCH, 2003). Contudo, isso não isenta o Estado de sua responsabilidade pelo investimento e respaldo às políticas de proteção social ao idoso.

No cenário nacional, observa-se que o governo apresenta um reduzido compromisso com a questão do idoso, delegando à família a maior responsabilidade dos cuidados domiciliários. Em países da Europa e nos Estados Unidos, há grandes investimentos nas políticas públicas para a construção e a manutenção de redes de suporte a idosos, famílias e cuidadores (KARSCH, 2003).

Na realidade brasileira, pode-se observar que ainda não há efetiva rede de suporte e tampouco continuidade da assistência ao idoso e à sua família na comunidade.

Autores como Jacelon (2006), Diogo (2004), Karsch (2003) e Veras (2003) mencionam que tanto os serviços de saúde como os profissionais ainda estão despreparados para assistirem à população idosa no país.

Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), ainda acrescenta que, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano efetivo para gerenciar as condições crônicas, preocupando-se em tratar os pacientes apenas no momento em que os sintomas aparecem.

Em relação aos profissionais responsáveis pelo cuidado ao idoso, a escassez de conhecimentos apresenta-se como um obstáculo que compromete a competência e a qualidade da assistência prestada a essa clientela (DIOGO, 2004).

Existem evidências de que os familiares raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados após alta hospitalar e tampouco indicação de um serviço para seguir o tratamento (JACELON, 2006; CALDAS, 2003).

Esse abandono parece não estar circunscrito apenas ao momento da alta hospitalar ou à falta de orientações para o seguimento ambulatorial; é também vivenciado por familiares durante o próprio processo de hospitalização de um de seus membros.

Silva e Bocchi (2005), ao estudarem a experiência do familiar visitante ou acompanhante de adultos e idosos hospitalizados, constataram que a família não se sentia acolhida pela equipe de enfermagem, a qual adotava uma postura de controle, deixando transparecer o distanciamento entre os profissionais e a família.

Para Andrade, Marcon e Silva (1997), qualquer que seja o ambiente do cuidado, não se deve deixar de considerar o paciente, no caso o idoso dependente, como um ser inserido em seu ambiente social e familiar.

A priorização do tema família esteve mais refletida na sociedade a partir de movimentos realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2007), que instituiu o ano de 1994 como o "Ano Internacional da Família" e pela Igreja Católica, que elegeu o ano de 2000 como o "Ano da Família" (CASTRO; VARGAS, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), no país, a valorização da família nas agendas das políticas públicas no campo da atenção primária à saúde reflete-se pela criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF trata-se de uma estratégia para reorganização do modelo assistencial vigente, em consonância com o ideário ético-político e técnico do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular (CONH; ELIAS, 1996).

Para alcançar os objetivos do Programa, o trabalho da equipe do PSF é fundamental para atingir a integralidade das ações de saúde, locadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

As diretrizes operacionais do PSF englobam a clientela da área de abrangência, a integração dos níveis de atenção à saúde, a intervenção sobre os fatores de risco, as atividades de educação e promoção da saúde, os vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população, o controle social, o planejamento local e regional, o trabalho em equipe, a ação intersetorial, o monitoramento das ações por meio de sistemas de informações e a apreensão da família como centro de atenção, inserida em seu meio social (BRASIL, 2001).

Desse modo, o PSF se apresenta como uma estratégia na qual é possível estabelecer um vínculo estreito com a comunidade que assiste, visto que atende um número limitado de famílias locadas em determinada área de abrangência. Na esfera familiar, o Programa propicia ainda mais proximidade entre os profissionais e a clientela, principalmente por meio das visitas domiciliárias. Com isso, os indivíduos e suas famílias são conhecidos pelo nome e por sua história de vida. Eles, por sua vez, identificam quem são os profissionais responsáveis pelo cuidado de sua saúde e pela saúde de sua família.

Vale ressaltar que o atendimento domiciliário é estabelecido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a Lei 10424/02, que complementa a Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 2007b).

Nesse sentido, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei 10.741, de 1° de outubro de 2003 e regulamentado pelo decreto nº 5.130 de 07 de julho de 2004, visa ampliar os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos, já assegurados pela Política Nacional do Idoso, priorizando o atendimento do idoso por sua própria família, em seu domicílio, em detrimento do atendimento asilar (BRASIL, 2007a).

Piccini et al. (2006), buscando analisar os cuidados domiciliares a idosos com necessidades crônicas em diversos Estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, concluíram que

o desempenho do PSF nestes lugares foi melhor, quando comparado ao modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS), por oferecer, em sua maioria, cuidados domiciliares regulares respaldados pela utilização de protocolos.

Assim, o PSF tem se mostrado um caminho possível e efetivo no processo de reorganização da atenção primária em saúde, já que atua em conformidade com as novas propostas de assistência aos idosos no país, sobretudo em relação ao atendimento domiciliário.

1.4 O envelhecimento e a família

O termo *família*, dependendo da área de investigação e de variáveis como o ambiente, a cultura e a religião, pode apresentar uma variedade de definições (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Ainda de acordo com Angelo e Bousso (2001), pode-se considerar a família como um sistema cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos. Neste sistema, estilos de vida, valores, ideais, crenças e práticas por ele adotadas são transmitidos de geração a geração, afetando o comportamento e, conseqüentemente, o estado de saúde da família.

Entre os orientais, por exemplo, o envelhecimento significa aquisição de sabedoria e cabe ao filho mais velho responsabilizar-se pelo cuidado com o idoso, ao passo que os americanos têm medo de tornarem-se dependentes dos filhos (PASCHOAL, 2005).

Portanto, a maneira como a família percebe o envelhecimento determina a maneira como ela age com os idosos do seu grupo. Considerando que o surgimento da doença altera o estado funcional do idoso, tornando-o dependente, é de se supor que a doença do idoso cause um impacto na dinâmica familiar, interferindo na saúde de todo o grupo por meio da sobrecarga

física, emocional e sócio-econômica, sobretudo naquele que assume o papel de cuidador da pessoa debilitada (CALDAS, 2003).

Um número significativo de pesquisas sobre cuidadores aponta a sobrecarga causada pela responsabilidade direta do cuidado de um membro da família (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; SILVA; BOCCHI, 2005; BOCCHI, 2004; MORIMOTO; SCHREINER; ASANO, 2003).

É importante que essa sobrecarga seja devidamente identificada e assistida por parte do enfermeiro, já que torna os membros da família mais vulneráveis ao aparecimento de doenças.

Muitas vezes o idoso dependente não recebe por parte da família o suporte de que necessitaria devido às próprias dificuldades que a mesma apresenta ao assumir a responsabilidade do cuidado. Essas dificuldades podem ser decorrentes das necessidades de cuidados e dependência física e financeira do idoso, do medo, das irritações, do cansaço, da falta de conhecimentos, do despreparo para a tarefa de cuidar, dos seus próprios problemas financeiros e muitos outros (MARQUES, 2004; ANDRADE; MARCON; SILVA, 1997). Logo, a mesma preocupação dispensada ao idoso, também, deve ser dispensada a sua família (ANDRADE; MARCON; SILVA, 1997).

É importante que haja uma reflexão sobre como está acontecendo a inclusão da família no cuidado ao idoso. Culturalmente e juridicamente, em nossa sociedade, cabe à família zelar pelos cuidados aos seus idosos (GENOFRE, 2002).

Contudo, esta postura pode ser considerada um tanto idealista visto que nem sempre o grupo familiar tem condições de assumir essa responsabilidade. Assim, é preciso que, quando se propuserem os cuidados aos familiares, seja apreendida a estrutura familiar na sociedade e na cultura em que estes cuidados se realizarão (KARSCH, 2003). Isso porque cada sociedade pode

interpretar o envelhecimento, a dependência e o papel da família no cuidado ao idoso de diversas maneiras, dependendo dos aspectos culturais que permeiam sua vida.

Assim, as dimensões da cultura familiar podem ser apreendidas pelo enfermeiro por meio da visita domiciliária, um instrumento importante no entendimento da determinação social do processo saúde-doença, uma vez que busca compreender as relações entre os indivíduos que compõem a família e a maneira como essas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001).

Por outro lado, a ida ao domicílio pode representar somente uma estratégia de tratamento de saúde na residência, com monitorização e realização de procedimentos por parte dos profissionais.

Isso pôde ser constatado por Wallace (2003), quando cita as seguintes atividades realizadas pela enfermagem no atendimento domiciliário a idosos: supervisão ou administração de medicamentos, administração de dietas e realização de cuidados diários com a pele, por exemplo.

Além de realizar as atividades descritas acima, o enfermeiro que vai à casa do idoso deve se portar de maneira adequada e isso significa saber ouvir e reconhecer que a fala do cliente (do paciente, da família, da comunidade) é uma verdade do ponto de vista daquele que fala e cabe e este profissional facilitar a comunicação.

Se por um lado, ir ao domicílio possibilita a execução de uma série de atividades que são da responsabilidade da equipe de enfermagem (higiene, conforto, curativo, administração de medicamentos), este desempenho pode assumir um caráter autoritário, caso o profissional adote uma postura de convencer o cliente a realizar as tarefas “adequadamente”. Ademais, a diferença social entre o enfermeiro e o cliente pode ser um obstáculo à comunicação, caso ele não tenha

habilidades para desenvolver um relacionamento interpessoal. Sem essas habilidades, os aspectos sociais, culturais e emocionais tanto do idoso como da sua família são deixados de lado.

O relacionamento interpessoal em enfermagem permite que o enfermeiro utilize sua própria pessoa como instrumento terapêutico na relação de ajuda, por meio da comunicação - um dos métodos fundamentais para alcançar metas e objetivos estabelecidos no planejamento da assistência de enfermagem (TRAVELBEE, 1982).

Para ROGERS (2001), a relação de ajuda é a relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida.

Na área da enfermagem com famílias, o tema família vem sendo mais intensamente estudado a partir da década de 90, porém ainda são poucos os estudos que têm olhado para as interações familiares ou para as inter-relações entre dinâmica familiar e processo saúde-doença (GALERA, 2002). A maior parte dos trabalhos descreve a experiência do ponto de vista de um indivíduo só, geralmente, o cuidador.

Cuidar do idoso em casa é uma prática que deve ser estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo dependente durante 24 horas por dia, sem uma política de proteção para o desempenho desse papel, não é tarefa para uma única pessoa, como tem sido vivenciado por cuidadores (KARSCH, 2003).

Assim, além da assistência prestada por parte do cuidador ou da família nuclear, é fundamental considerar importantes formas de ajuda para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano, possibilitando aos responsáveis diretos pelo cuidado a diminuição significativa da sobrecarga advinda da assistência ao idoso dependente. Essa rede de ajuda social é composta por elementos como parentes (família extensa ou alargada), vizinhos, amigos, associações de bairro e grupos religiosos.

É preciso incluir toda a família nesse processo a fim de promover a "saúde familiar" por meio de um conjunto de ações que permitam à família desenvolver seus próprios recursos, adotando soluções adaptativas diante de situações conflituosas e de crise (NARANJO et al., 2001).

Embora detentora da capacidade de encontrar suas respostas, às vezes, a família depara-se com dificuldades em determinadas situações ou fases da trajetória familiar em que esta capacidade pode encontrar-se comprometida, diminuída ou até mesmo ausente (WERNET; ANGELO, 2003; ELSEN, 2002).

Dessa maneira, é essencial "tomar a família como perspectiva", o que vem a ser um desafio para o enfermeiro, sobretudo em um contexto em que o cuidado está voltado, principalmente, para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar (ANGELO, 2000).

Incluir a família sob o cuidado do enfermeiro exige uma atenção especial às interações, ao impacto das vivências; além disso, exige conhecer dinâmicas, crenças e formas de adaptação a situações diversas e esse processo confere à família um papel ativo na vivência do cuidado à saúde de seus membros (WERNET; ANGELO, 2003; ANGELO; BOUSSO, 2001).

Diante do exposto, a justificativa para a realização deste estudo consiste no fato de que, na literatura científica que privilegia o envelhecimento com dependência, depara-se com a carência de pesquisas que exploram a visão do grupo familiar nesse processo.

Walsh (2001) menciona que, mesmo o campo da saúde mental, no qual há evidências de que os idosos constituem um grupo susceptível ao aparecimento de doenças mentais, não tem se dedicado suficientemente às fases tardias da vida individual e familiar em sua prática profissional.

Dessa forma, pretende-se com este estudo fornecer subsídios para nortear a assistência de enfermagem junto a famílias que possuem um idoso dependente, considerando o contexto sócio-cultural, visto ser essa uma premissa fundamental que rege as ações no cenário do Programa de Saúde da Família.

Assim, partindo do pressuposto que as percepções da família sobre a velhice e a dependência podem influenciar o cuidado ao idoso, questiona-se:

– Qual é o entendimento da família sobre o envelhecimento com dependência?

2 OBJETİVO

2 OBJETIVO DA PESQUISA

Identificar os aspectos culturais que orientam o convívio da família com o idoso dependente.

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Com as evidências do aumento do número de idosos no Brasil e no mundo, acredita-se ser imprescindível que os estudos sobre o tema focalizem, além da descrição do perfil demográfico, os aspectos sociais e culturais do envelhecimento e da família.

Desse modo, para apreender os aspectos culturais do convívio familiar com o idoso dependente, buscou-se trabalhar com um quadro teórico que articulasse o estágio tardio de vida sob a perspectiva do ciclo de vida familiar, a abordagem familiar como um sistema e a influência da cultura sobre a saúde familiar.

Convém ressaltar que, em alguns momentos deste trabalho, utiliza-se o termo velho como sinônimo de idoso, visto que se relaciona com o termo envelhecimento, fase da vida em que se encontra o idoso.

3.1 Ciclo vital: a família no estágio tardio de vida

O conceito de ciclo vital da família começou a ser aplicado como uma estrutura desenvolvimental e que se caracterizava pela divisão do desenvolvimento das mesmas em estágios discretos, com tarefas diferentes a serem desempenhadas em cada estágio.

A estrutura desenvolvimental do ciclo vital foi ampliada por terapeutas de família acrescentando um ponto de vista multigeracional, que propõe descobrir modelos recorrentes de interação através das gerações, caracterizando modelos circulares de repetição que estão relacionados com a cultura do grupo (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998). Isto é, que permitem observar as regras, valores e crenças da família que são transmitidas de geração para geração.

Neste estudo, serão reportadas as tarefas do estágio tardio da vida familiar. Esse estágio se caracteriza, de acordo com a nossa cultura, por uma perspectiva pessimista do envelhecimento (CERVENY, 2002; WALSH, 2001). Este caráter negativo pode ser acentuado por mitos, como o de que a maioria dos idosos não tem famílias ou que, aqueles que têm, pouco se relacionam com elas e normalmente são colocados em instituições (WALSH, 2001).

Ao contrário, a literatura evidencia que, nos países desenvolvidos, apenas 5% dos indivíduos com mais de 65 anos vive hoje em asilos e 80% dos idosos, por sua vez, são capazes de levar uma vida mais independente, quer sozinhos, quer morando com outras pessoas (BALDESSIN, 2005).

Walsh (2001) aponta seis transições e tarefas do estágio tardio da vida, típicas da família norte-americana de classe média: aposentadoria, viuvez, condição de avós, interação intergeracional cruzada, flexibilidade de papel e doença e dependência.

O ajustamento à *aposentadoria* pode ser considerado um dos pontos nodais de grande conseqüência para o ciclo de vida, visto que envolve perdas de papéis profissionais, de produtividade e de relacionamentos significativos que foram centrais em toda a vida adulta (COELHO, 2002; WALSH, 2001).

Ser velho, em nossa sociedade, significa, muitas vezes, estar excluído de muitos espaços sociais, dentre eles, o espaço do trabalho, extremamente valorizado em nossa cultura. Assim, esta fase da vida pode ser percebida como improdutiva e esse indivíduo pode ser visto como alguém que não mais contribui para a sociedade e sim utiliza seus recursos econômicos. O idoso, por sua vez, passa a não se sentir mais necessário aos outros, perdendo gradativamente a sua auto-estima.

Dessa forma, vale ressaltar que a aposentadoria pode contribuir para disparar uma crise familiar, visto que seus membros podem não estar preparados para receber, em tempo integral,

aquele indivíduo que outrora permanecia a maior parte do tempo ativo profissionalmente (LEME; SILVA, 2005).

Embora a privação dos relacionamentos significativos, como amigos e parentes, seja árdua, a *viuvez* é o ajustamento mais difícil, caracterizado pelo sentimento de perda, desorientação e solidão.

As mulheres têm maior probabilidade de enviuvar do que os homens e a dificuldade nessa fase é maior se a pessoa viúva perde a casa, ou se problemas financeiros ou doenças impedem um funcionamento independente (WALSH, 2001).

O casal de idosos deve se preparar para a perda do companheiro, que envolve a tristeza pela perda e o reinvestimento no funcionamento do futuro. Há de se reorganizar a vida praticamente sozinho ou com menos relacionamentos para auxiliar (COELHO, 2002; WALSH, 2001).

No entanto, a *condição de avós* pode ser extremamente significante para os mais velhos, podendo proporcionar-lhes um renovado interesse pela vida. Essa condição estimula a recordar as próprias experiências anteriores de criação dos filhos e, segundo Walsh (2001), os avós e os netos têm possibilidade de usufruírem de um vínculo especial, que não é envolvido pelas responsabilidades, obrigações e conflitos inerentes ao relacionamento pais-filhos.

Considerando que a família funciona como um sistema, as tarefas do estágio tardio de vida dos idosos interagem com as preocupações específicas das gerações dos filhos e netos em suas próprias fases da vida. Assim, em domicílios onde há a *interação intergeracional cruzada*, existe a necessidade de rearranjos e reorganizações para o desempenho de papéis e atividades (WALSH, 2001).

Ainda conforme Walsh (2001), existe a dificuldade em se realizar tais modificações, sobretudo quando o membro mais velho da família se recusa a aceitar que sua capacidade para o

desempenho de algumas funções está diminuindo ou que sua vontade pode não mais prevalecer sobre as decisões na família. Para uma efetiva *flexibilidade de papel* no grupo familiar, é mais favorável que existam várias respostas adaptativas em relação ao desenvolvimento adulto e funcionamento familiar ao invés de um único padrão para facilitar o ajustamento bem-sucedido à velhice, ou seja, o adequado funcionamento das famílias num estágio posterior de vida requer flexibilidade na estrutura, nos papéis e nas respostas a novos desafios, por exemplo, como a ocorrência de morte de membros importantes na família ou alteração do funcionamento.

Ter de se adaptar à perda, à diminuição da capacidade funcional ou ao aparecimento de algum processo mórbido, faz com que a situação de *doença e dependência* seja um desafio nesse estágio. O medo da perda da capacidade física e mental e de uma doença crônica são preocupações comuns nessa fase. A condição de dependência assume o plano principal nas relações intergeracionais uma vez que os pais que estão envelhecendo vivenciam, ou temem, um declínio em suas capacidades, o que pode comprometer a independência e até mesmo o exercício da autonomia do idoso (WALSH, 2001).

Nessa fase, a dependência resulta da incapacidade que sobrevém de uma doença, situação que pode desencadear uma disfunção familiar pelo estresse vivenciado no dia-a-dia, dependendo de como a família interpreta a dependência e o próprio envelhecimento, de acordo com sua cultura.

3.2 Teoria dos sistemas: a família como unidade de cuidado

A abordagem dos sistemas familiares no referencial sistêmico baseia-se em fundamentos teóricos que subsidiam a prática de enfermagem com famílias. De acordo com Wright e Leahey (2002), a vantagem de se trabalhar no referencial sistêmico é a possibilidade de ver a família como uma unidade e focalizar a interação entre seus membros.

A família como unidade de cuidado é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho no PSF, portanto, trabalhar com famílias requer, primordialmente, que se defina família (ANGELO; BOUSSO, 2001).

O conceito de família vem sofrendo mudanças ao longo do tempo, em decorrência de fatores econômicos, políticos, sociais e culturais e, atualmente, sua composição vem se modificando com a diversidade dos arranjos familiares (CASTRO; VARGAS, 2005).

No referencial sistêmico, a família é definida como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o significado de pertença e a tendência a participar das vidas um dos outros (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Wright e Leahey (2002) discorrem sobre cinco principais conceitos da teoria dos sistemas: sistema familiar, totalidade, mudança, equilíbrio e circularidade.

A família, vista como um *sistema familiar*, é parte de um supra-sistema mais amplo (vizinhança, organizações, comunidades religiosas), que por sua vez é composto de muitos subsistemas (pai-filho, cônjuges, irmãos). Esses subsistemas são compostos de subsistemas de indivíduos, que por sua vez, são sistemas complexos formados por vários subsistemas físicos (cardiovascular e reprodutivo, por exemplo) ou psicológicos (cognitivo e afetivo, por exemplo) (Figura 2).

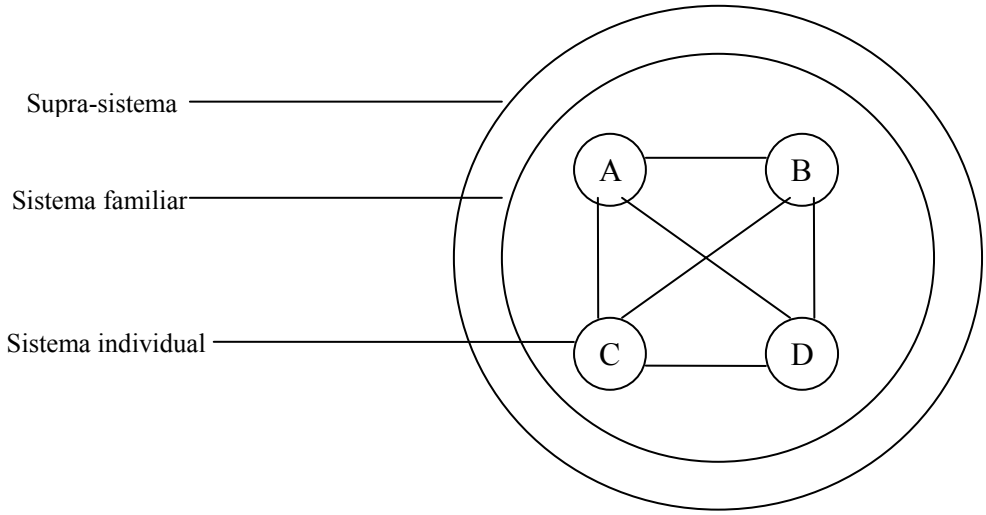

Figura 2 – A família em interação com outros sistemas (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

O sistema familiar é regido pelo princípio da *totalidade*, no qual a família é maior que a soma de suas partes; é muito mais que a simples adição de cada membro da família. Desse modo, os indivíduos são melhor compreendidos dentro de um contexto inter-relacional. Ao visualizar a família como unidade, pode-se observar as inter-relações entre seus membros, ou seja, entre seus sub-sistemas.

Um evento significativo, como uma doença ou uma intervenção, é capaz de ocasionar a *mudança*, ou o desequilíbrio, afetando todos os membros da família em graus variados.

Uma analogia entre o sistema familiar e um móbile, suspenso ao teto, que se movimenta uniformemente, auxilia a compreensão de como a família é afetada pela ocorrência de uma doença em um de seus membros. Uma brisa, ao tocar apenas uma peça do móbile, influencia de forma imediata o movimento de todas as outras peças e do móbile inteiro. Gradualmente, o todo exerce influência sobre a peça tocada inicialmente e o equilíbrio é restaurado. Uma peça pode parecer persistentemente isolada das demais, contudo, o isolamento é essencial para o equilíbrio de todo o sistema.

Os sistemas podem atingir o *equilíbrio* entre as forças operantes neles, podendo coexistir mudança e estabilidade nos sistemas. O equilíbrio pode se alterar constantemente em períodos de remissão e exacerbação, porém, a família é capaz de buscar soluções para mantê-lo entre a estabilidade e a mudança.

No referencial sistêmico, os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos sob o ponto de vista da *circularidade* ou causalidade circular, não linear. Assim, a família e cada um de seus membros precisam ser auxiliados no sentido de se deslocarem de uma perspectiva linear da situação para uma visão de maior interação, mais recíproca e sistêmica. A causalidade circular ocorre quando o comportamento de cada indivíduo influencia ou gera um efeito no outro; depende de uma estrutura de relacionamento recíproco.

Os padrões de circularidade que mais interessam na avaliação familiar são aqueles que se repetem através do tempo, pois indicam os padrões culturais da família.

Entretanto, esses padrões, analisados por meio de "recortes" nos estudos sobre a família, devem ser considerados partindo do pressuposto que a realidade pesquisada retrata determinado contexto, incluído em determinado momento histórico (CERVENY, 2002).

Com base na teoria dos sistemas, considerar a família como unidade de cuidado é, de acordo com Wright e Leahey (2002), desenvolver habilidades para envolvê-la nos cuidados de saúde na prática de enfermagem.

O cuidado, geralmente, apresenta o sentido de um conjunto de técnicas utilizadas para o sucesso de determinado tratamento. Entretanto, de acordo com Ayres (2004), engloba uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do significado que as pessoas atribuem às ações em saúde, ou seja, envolve a interação entre sujeitos, neste caso, entre o enfermeiro e a família, visando o alívio de um sofrimento ou a manutenção do bem-estar.

Assim, acredita-se que o cuidado em saúde voltado para a família requer, acima de tudo, responsabilidade, visto que envolve projetos para melhorar a saúde de todo o grupo.

3.3 As influências da cultura sobre a saúde familiar

Como uma unidade básica na sociedade, a família forma e é formada por forças externas, comunidade e sistemas mais amplos, que interagem entre si continuamente. Desse modo, as crenças, os valores e os costumes presentes em uma sociedade têm influência sobre a família, inclusive sobre o entendimento do processo saúde-doença e o tratamento a ser realizado (FRIEDMAN, 1998).

A família, como célula vital para a saúde humana, é o contexto em que a saúde do indivíduo evolui. Ela influencia, significativamente, as crenças de seus membros, suas atitudes e seus comportamentos perante a saúde e a doença (DUHAMEL, 1995).

De acordo com Helman (1994, p.23), a cultura pode ser assim definida:

> [...] um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular. Tais princípios mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses ou a forças sobrenaturais e ao meio ambiente natural. [...] também lhes fornece a forma de transmitir estes princípios para a geração seguinte. [...] a cultura pode ser considerada como uma lente herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele.

Desse modo, a maneira como a família entende o envelhecimento reflete sua cultura, que influencia, inclusive, as práticas adotadas em relação à saúde dos seus membros.

Em qualquer sociedade, é possível identificar três alternativas de assistência à saúde, em intersecção: a informal, a popular e a profissional (HELMAN, 1994).

Na *alternativa informal*, a "arena" principal da assistência à saúde é a família e dentre as alternativas estão o autotratamento, conselhos, assistência em igrejas ou tratamentos recomendados por parentes, por exemplo.

Na *alternativa popular*, determinados indivíduos tornam-se especialistas em métodos de cura. Esses curandeiros ocupam uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional.

Na alternativa profissional, estão incluídos os médicos e os enfermeiros de família que, normalmente, estão fortemente vinculados à comunidade por sua familiaridade com os aspectos social, familiar e psicológico das doenças.

Os aspectos informal e popular são de natureza social e comportamental, os quais também devem ser compreendidos pelo modelo profissional de assistência, permitindo considerar os múltiplos significados que os indivíduos podem dar ao seu cuidado, aos comportamentos, às atitudes e às práticas. A saúde humana está ligada aos sonhos, às esperanças, às atitudes, aos valores, às crenças e às compreensões dos indivíduos, aspectos difíceis de serem apreendidos por métodos que priorizam dados objetivos (LINCOLN, 1992).

Angelo e Bousso (2001) mencionam algumas considerações sobre as dimensões da influência da cultura sobre a saúde familiar. Para as autoras, cada família possui um sistema de *crenças*, uma forma de pensar, que é transformado em práticas de cuidado à saúde, promovendo sentido às ações da família. Os *valores familiares*, por sua vez, guiam o desenvolvimento de normas e regras, servindo, portanto, como guia geral dos comportamentos.

Ainda de acordo com Angelo e Bousso (2001), também existem a concordância entre os *papéis familiares*, a atribuição de *poder na família* e os *padrões de comunicação*, que ajudam a prover sentido, estrutura e continuidade à vida familiar.

Na perspectiva sócio-cultural, a questão da velhice é entendida como uma construção social, visto que a cultura influi sobre as funções e atribuições a serem desempenhadas por cada membro da família.

Quando a distribuição de papéis familiares é mantida de forma a estimular a independência e a autonomia do idoso, as dificuldades do dia-a-dia podem ser minimizadas, contribuindo para melhor qualidade de vida para toda a família (PIRES; SILVA, 2001).

Assim, o *enfrentamento familiar* eficaz da situação de envelhecimento com dependência pode ser definido como um conjunto de respostas positivas de natureza afetiva, cognitiva e comportamental que a família utiliza para resolver ou diminuir o estresse causado por uma situação crítica. Tal enfrentamento pode ser observado pela união familiar, pela flexibilidade nos papéis, pela busca de informações e pela utilização de suporte social e espiritual, dentre outros (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Para que se alcance uma assistência comprometida de fato com a integralidade, ou seja, de modo a abranger a complexidade do cuidado aos idosos dependentes e suas famílias, acredita-se ser fundamental que o profissional de saúde articule ao seu conhecimento científico, o conhecimento informal e popular, considerando a cultura que permeia o convívio familiar.

De posse dos pressupostos teóricos apresentados, que possibilitaram a reflexão do envelhecimento com dependência sob a perspectiva cultural e familiar, buscou-se uma abordagem metodológica coerente com os mesmos, ou seja, que focalizasse os aspectos socioculturais de famílias que convivem com idosos dependentes.

Acredita-se que a cultura influencia a vida das pessoas, permeada por crenças, comportamentos, percepções, religião, estrutura familiar e atitudes em relação à saúde. Assim, a forma como a família desempenha suas funções no dia-a-dia convivendo com um idoso dependente está relacionada com seus valores e crenças sobre o envelhecimento. Estes, por sua vez, são reflexos do contexto social no qual a família está inserida.

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial metodológico

Este estudo de abordagem metodológica qualitativa utilizou o estudo de caso embasado em alguns pressupostos da etnografia para identificar os aspectos culturais que orientam o convívio da família com o idoso dependente.

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa "é uma atividade situada que localiza o observador no mundo", ou seja, consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Para pesquisas com famílias, é apropriada, segundo Moriarty (1990), quando o propósito do estudo é descobrir ou explorar processos ou relacionamentos familiares, visto que possibilita gerar dados ricos sobre a experiência subjetiva da família.

O estudo de caso é uma parte da metodologia científica e tem sido um dos caminhos mais comuns para realização da pesquisa qualitativa, porém não se trata de uma estratégia nova ou essencialmente qualitativa. De acordo com André (1995), um caso pode ser uma pessoa, um grupo específico de pessoas, uma organização ou um acontecimento particular; a única exigência é que ele possua algum limite físico ou social que lhe confira identidade. Assim, o caso pode ser escolhido porque é um exemplo de uma classe ou porque é, por si mesmo, interessante. Neste estudo, a família do idoso dependente é a unidade de análise, ou o caso.

Galdeano, Rossi e Zago (2003) acrescentam que o estudo de caso é um método amplo que permite ser aplicado a uma variedade de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem. O estudo de caso é utilizado em diversas áreas de pesquisa para proporcionar maior conhecimento e envolvimento

do pesquisador com uma situação real observada. O objetivo é descrever, entender, avaliar, explorar essa situação e, a partir daí, determinar os fatores causais e estabelecer ações.

Para embasar este estudo de caso, alguns pressupostos da etnografia foram utilizados para permitir a coleta de dados, de modo que fosse identificada a base cultural que fundamenta a convivência da família com o idoso dependente.

No estudo das sociedades e das culturas, os antropólogos têm utilizado a etnografia como método que permite uma aproximação com as normas, valores e crenças de diferentes grupos sociais. *Ethnos* é um termo grego que denota um povo, uma raça ou um grupo cultural. Se o prefixo é combinado com *gráfico* para formar o termo etnográfico, refere-se à subdisciplina conhecida como antropologia descritiva – a ciência que se dedica a descrever os modos de vida da humanidade. Desse modo, a etnografia refere-se à "descrição científica social de um povo e da base cultural de sua consciência de unidade como povo" (VIDICH; LYMAN, 2006).

A seguir, serão apresentados alguns de seus pressupostos, descritos por Víctora, Knauth e Hassen (2000) e utilizados nesta pesquisa:

- os comportamentos humanos apenas são compreendidos e explicados se for considerado o contexto social no qual eles atuam;

- deve-se buscar o significado das práticas pesquisadas para os participantes;

- é fundamental examinar os diversos aspectos da vida dos diferentes grupos sociais.

4.2 Desenho da pesquisa

4.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado nos domicílios de famílias que possuíam um idoso dependente e que faziam parte da área de abrangência de uma USF do município de Botucatu – SP.

O município de Botucatu está localizado na região central do Estado de São Paulo e dista cerca de 235 km da capital paulista. De acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2006), possuía, no ano de 2005, uma população de 117.305 pessoas, e destas, 11,57% possuíam idade igual ou superior a 60 anos.

O sistema de saúde da cidade é composto por quatro pronto-socorros, quatro hospitais, dezessete postos de saúde e um Ambulatório Regional de Especialidades. Dos postos de saúde, sete são UBS, outras sete são USF e três são Postos Estaduais.

Segundo levantamento realizado pela enfermeira responsável e por uma residente médica, a USF escolhida para a realização desse estudo era responsável pela cobertura de uma área de abrangência composta por 3247 pessoas, distribuídas em 912 famílias, até o ano de 2005, com discreto predomínio do sexo feminino (51,4%) em sua população. Em relação à infra-estrutura da área, o abastecimento de água por meio da rede pública cobria 99,1% dos domicílios e o abastecimento de energia elétrica atingia 99,6% destes. O esgoto escoava por meio da rede pública em 97,5% dos domicílios e 99,2% das casas encaminhavam o lixo para a coleta pública.

Esta unidade foi escolhida para o estudo pelo fato de a pesquisadora já ter contato prévio com a clientela que pertencia a esta unidade, durante o curso de residência em saúde da família e por ainda manter vínculo com o local e com a equipe.

A investigação sobre a realidade social, como é o caso da etnografia, pressupõe o desenvolvimento de uma relação social entre o pesquisador e os pesquisados e a qualidade dos dados obtidos também depende da maneira como esta relação social se estabelece. Por esse motivo, Víctora, Knauth e Hassen (2000) consideram interessante que o pesquisador estabeleça com seus informantes uma relação de proximidade e confiança.

Dessa forma, a vantagem de utilizar um contexto conhecido é que, se o pesquisador já estabeleceu uma relação de confiança com a clientela, pode propiciar a obtenção de respostas mais fidedignas e conseqüentemente rigor científico aos dados coletados. A desvantagem é que o pesquisador, por estar familiarizado ao contexto, pode perder informações que uma pessoa estranha perceberia. Apesar da desvantagem, optou-se pela relação de confiança que existia entre as famílias e a pesquisadora deste estudo.

4.2.2 Participantes do estudo

Os participantes desta pesquisa foram 11 integrantes de cinco famílias que possuíam entre seus membros um idoso dependente. Considerou-se que cada família era constituída pelo idoso e outros membros considerados pelo grupo como pertencentes à família.

Para a seleção das possíveis famílias que participariam do estudo, consultou-se o cadastro de idosos e adultos dependentes da USF em questão. A equipe de saúde desta Unidade considera

idoso ou adulto dependente aquele indivíduo que, por alguma incapacidade física ou condição crônica, apresenta dificuldades em se locomover até o serviço de saúde, critério este diferente do utilizado pela pesquisadora neste estudo.

A partir deste cadastro, que na ocasião do estudo era composto por 14 indivíduos, selecionou-se aqueles cujas famílias atendiam ao seguinte critério de inclusão: possuir um idoso (60 anos ou mais) com algum grau de dependência para a realização das atividades da vida diária, em decorrência de alguma condição crônica. Assim, foram identificadas seis famílias que atendiam aos critérios estabelecidos, no entanto, uma delas foi excluída por um dos filhos apresentar um comportamento agressivo em decorrência do alcoolismo e encaminhada à equipe do PSF para resolução. Dessa forma, trabalhou-se com cinco famílias.

Sabe-se que, prioritariamente, o PSF é implantado em áreas de risco social, nas quais os índices de morbimortalidade são preocupantes para o sistema de saúde. No entanto, não foi propósito desta pesquisa classificar as famílias quanto à pobreza, mas sim reunir de forma objetiva sua história sociocultural, conforme recomenda Sparber (1979).

Das cinco famílias selecionadas, todos os membros poderiam participar do estudo, sendo que apenas as crianças ou aqueles familiares que não tinham disponibilidade pessoal para participar dos encontros, em qualquer momento da realização desse trabalho, foram excluídos.

A dificuldade em se obter maior número de sujeitos em pesquisas com famílias é descrita na literatura por Moriarty (1990), que afirma que o fato de se ter a participação de poucos membros da família em pesquisas pode acontecer em decorrência das famílias encontrarem-se envolvidas com estressores severos, como situações que envolvem dor, doença ou luto.

Para validar a possibilidade de o idoso participar ou não dos encontros foi considerada a opinião da família e do próprio idoso, quando possível, visto que alguns deles já se encontravam com algum grau de comprometimento cognitivo.

4.2.3 Coleta de dados

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), na pesquisa qualitativa, essa fase envolve a coleta de uma variedade de materiais empíricos, como o estudo de caso, a experiência pessoal, a introspecção, a entrevista e os textos observacionais, que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP e identificadas as famílias que poderiam fazer parte da pesquisa, o agente comunitário de saúde entrou em contato com cada uma delas e agendou um encontro com a pesquisadora, de acordo com a disponibilidade da família.

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados o diário de campo, o formulário sociodemográfico, o formulário de avaliação familiar e a entrevista semi-estruturada, para permitir a obtenção dos dados nos três níveis de realidade preconizados pelo método etnográfico: registros observacionais, escritos e discursivos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O diário de campo foi utilizado para realizar as anotações de observações *in loco* da pesquisadora, de acordo com a recomendação de Víctora, Knauth e Hassen (2000) para estudos de abordagem etnográfica, o que permite registrar rotinas de trabalho, cuidados com o corpo e formas de se alimentar, por exemplo. Também foram registradas reflexões da pesquisadora sobre aspectos teóricos ou metodológicos observados durante a coleta de dados. O registro constou de notas breves, como palavras e frases, imediatamente após os encontros com as famílias.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2004 a janeiro de 2005 para a primeira família estudada. Este material constituiu-se em relatório de pesquisa concluído no

primeiro semestre de 2005, e norteou os encontros com as demais famílias, que aconteceram no período de setembro a dezembro de 2005.

Foram realizados três encontros pré-estabelecidos com cada família, totalizando quinze, visto que com este número foi possível o estabelecimento de uma relação de confiança com os entrevistados e pôde-se obter dados detalhados sobre a cultura e a dinâmica familiar.

No primeiro encontro, cada membro da família presente foi informado detalhadamente sobre o objetivo e os procedimentos do estudo; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi apresentado e discutido e, após esclarecimentos e aceite, solicitou-se a assinatura e foi entregue uma cópia a cada um.

Inicialmente, para caracterização dos sujeitos, aplicou-se a cada um dos participantes o formulário sócio-demográfico (APÊNDICE B), que foi elaborado com o intuito de obter dados individuais como: endereço e telefone, iniciais do nome, sexo, idade, anos de aprovação escolar, ocupação, período de trabalho e renda mensal.

No segundo encontro, outros membros familiares foram incluídos no estudo, por estarem presentes no domicílio e desejarem participar. Dessa forma, os mesmos procedimentos éticos realizados no primeiro encontro foram adotados nesse momento.

Em seguida iniciou-se a avaliação familiar com a construção do genograma, ecomapa e diagrama de padrão circular de cada família (APÊNDICE C).

O formulário de avaliação da família foi elaborado com base no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) proposto por Wright e Leahey (2002). Compreende três categorias principais: avaliação estrutural, avaliação de desenvolvimento e avaliação funcional, conforme ilustrado na Figura 3.

Este Modelo (WRIGHT; LEAHEY, 2002) permite obter, além dos dados da estrutura interna da família, os elementos que compõem a organização social do grupo, o que vem de encontro ao preconizado pelo método etnográfico (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

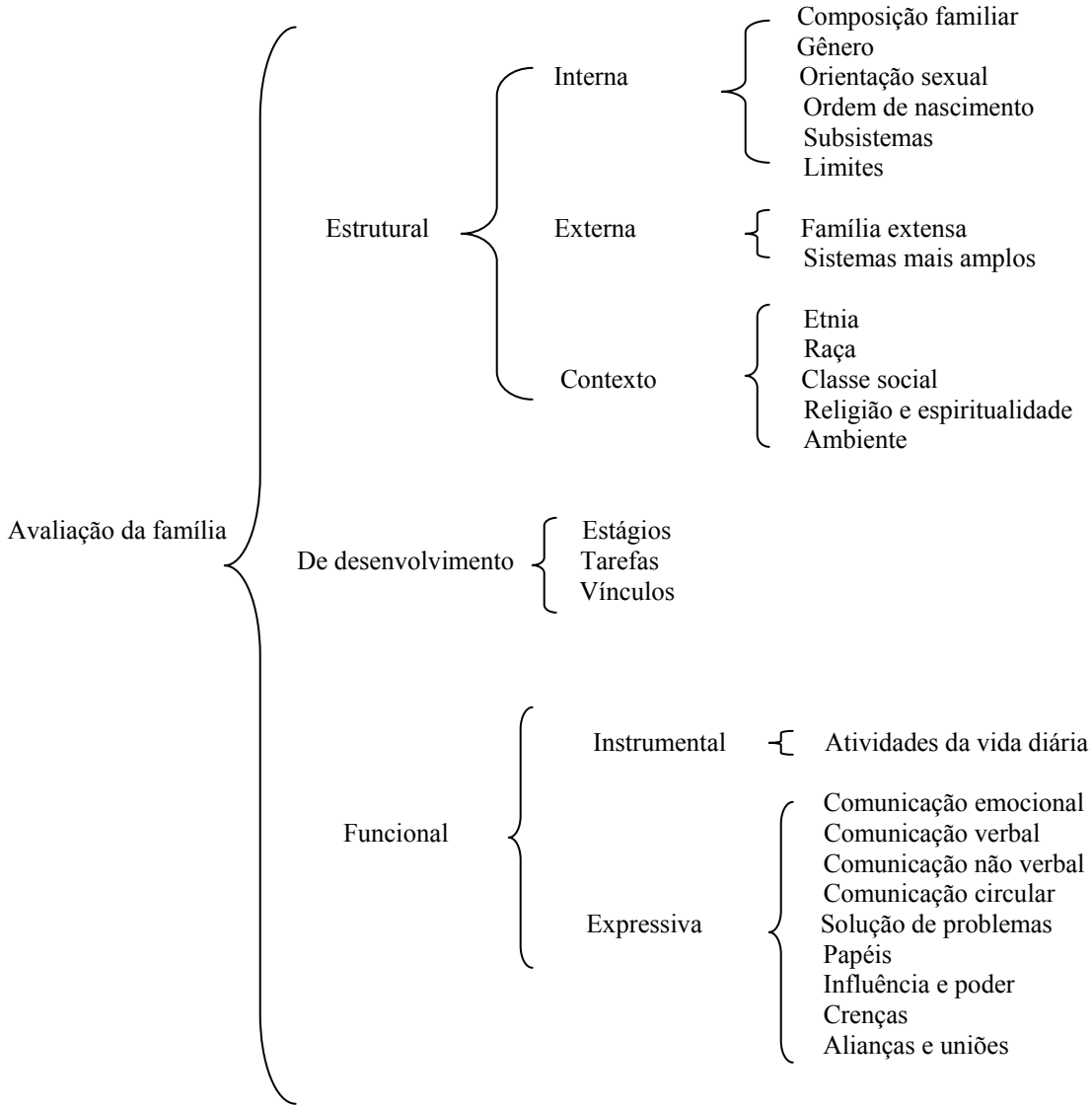

Figura 3. Diagrama ramificado do MCAF (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Convém esclarecer que é papel de cada enfermeiro selecionar as subcategorias desse Modelo a serem exploradas. Desse modo, nem todas as subcategorias são avaliadas em um primeiro encontro e algumas podem nunca ser exploradas (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A ***categoria estrutural*** compreende a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Três aspectos da estrutura familiar podem ser examinados prontamente: elementos internos (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente).

Ainda de acordo com Wright e Leahey (2002), existem dois instrumentos úteis para delinear as estruturas internas e externas da família: o *genograma* e o *ecomapa*.

O *genograma* é um diagrama do grupo familiar e seu esboço tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. Propicia a obtenção de dados ricos sobre os relacionamentos, saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. Um genograma em branco pode ser visualizado na Figura 4.

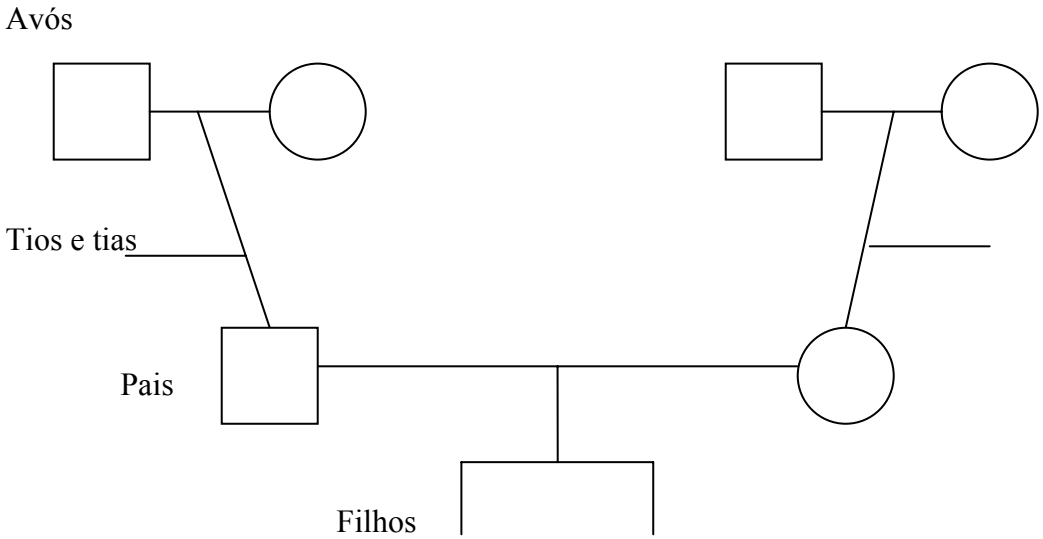

Figura 4. Representação gráfica de um genograma em branco (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Já o *ecomapa* é um diagrama da família com os outros sistemas além da família imediata e pode retratar relações importantes como de educação e conflitos e demonstrar o fluxo ou a falta de recursos.

Alguns autores diferem ligeiramente nos símbolos que utilizam para denotar detalhes do genograma e do ecomapa; os utilizados nessa pesquisa encontram-se na legenda que sucede cada representação gráfica e constituem uma adaptação dos símbolos utilizados por Wright e Leahey (2002).

A ***categoria de desenvolvimento*** refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte.

Já a ***categoria de funcionamento*** refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Podem ser explorados dois aspectos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida cotidiana, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças.

Segundo Wright e Leahey (2002), dentre os estilos de comunicação, existe a comunicação circular, que é recíproca entre as pessoas. A circularidade ocorre quando o comportamento de um indivíduo influencia ou gera um efeito no outro. A comunicação circular pode ser ilustrada por meio do *Diagrama de Padrão Circular* (DPC), que é capaz de concretizar e simplificar as seqüências repetitivas observadas em um relacionamento. O DPC mais simples compreende dois comportamentos e duas inferências de significado, conforme pode-se observar na Figura 5. As inferências utilizadas podem se referir a idéias, conceitos e crenças (cognição) ou a estados emocionais (afeto).

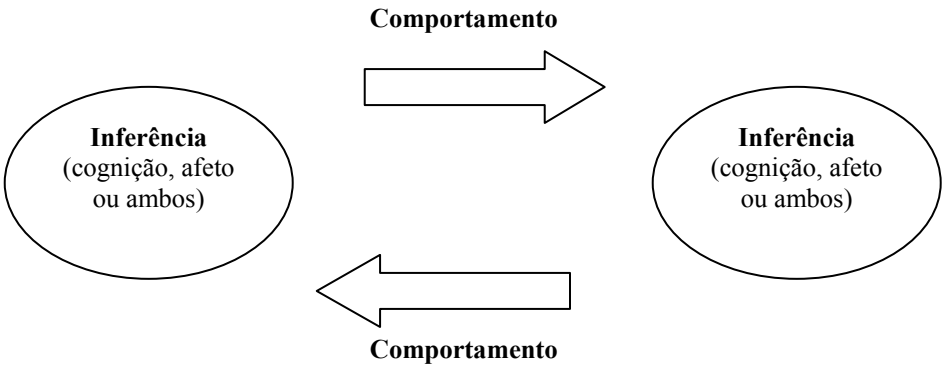

Figura 5. Elementos básicos de um DPC (Adaptado de WRIGHT; LEAHEY, 2002).

No terceiro e último encontro a pesquisadora completou as informações sobre a família e realizou a entrevista semi-estruturada dirigida ao grupo familiar, composta por questões abertas referentes ao processo de conviver com um idoso dependente, que foi gravada em fita cassete e posteriormente transcrita na íntegra (APÊNDICE D).

De acordo com TRIVIÑOS (1992), a entrevista semi-estruturada possibilita que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa. Partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, é possível também que estas sejam ampliadas para outras que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas.

Nos estudos etnográficos, a entrevista é um procedimento fundamental para a pesquisa, visto que possibilita coletar depoimentos com o intuito de se obter os pontos de vista, opiniões, motivos e sentimentos que impulsionam o indivíduo à ação (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

4.3 Análise de dados

Os dados referentes à avaliação familiar (estrutura, desenvolvimento e funcionamento) foram analisados à luz do referencial sistêmico, com base no Modelo Calgary de Avaliação Familiar, já descrito.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo latente (MORSE; RICHARDS, 2002; MAYAN, 2001), que compreende três fases:

- Codificação: durante esse processo, a pesquisadora se familiarizou com os dados e começou a organizar a informação. No início desta fase, os dados foram lidos em diferentes momentos, as seções do texto foram delineadas e foram escritos comentários à margem esquerda da transcrição. Esses comentários incluíram impressão geral, pontos de interesse e planos para trabalhar com os dados. Foram identificados palavras, frases, assuntos ou conceitos.

- Categorização dos dados: as seções grifadas no texto foram recortadas e agrupadas em categorias, em arquivos separados, de modo que todos os dados fossem incluídos de maneira significativa e de fácil manuseio. Quando a leitura dos comentários revelou que não existiam novas categorias ou subcategorias, um resumo de cada categoria e subcategoria foi preparado.

- Integração das categorias: uma estrutura geral das entrevistas foi construída e buscou-se responder às seguintes questões:

  - Como as categoriais se relacionavam?

  - Quais padrões recorrentes foram encontrados nos dados?

  - Quais conclusões podem ser traçadas?

O objetivo foi chegar a um nível de análise que possibilitasse a descoberta de relacionamentos entre categorias e encontrar assuntos comuns nos dados. A partir daí, esses

dados foram combinados com outros coletados, como o diário de campo e os dados sociodemográficos. De acordo com esse processo, o pesquisador deve buscar as contradições nos dados e é sua responsabilidade explorá-los melhor quando não se apresentarem consistentes.

Este é um processo de análise circular, necessitando, portanto, a leitura das entrevistas em vários momentos, a fim de coletar novos dados, clarificar categorias e subcategorias e concluir a análise. Desse modo, muitas categorias foram modificadas antes de a análise de dados estar completa.

4.4 Rigor da pesquisa

A análise de conteúdo latente aumenta a validade do estudo porque o pesquisador está constantemente codificando sua interpretação sobre as intenções dos participantes (MAYAN, 2001).

Ao final do processo, houve a validação com outra pesquisadora atuante na área de abordagem de métodos qualitativos (orientadora do projeto), para verificação da legitimidade dos procedimentos realizados, contribuindo assim para aumentar a credibilidade dos resultados do estudo.

4.5 Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (UNESP, 1997), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP, e obteve parecer favorável em reunião do dia 13 de setembro de 2004, ofício nº 452/2004 (ANEXO A).

Posteriormente, solicitou-se a este Comitê a alteração do título, para que este se adequasse melhor aos resultados encontrados, e do nome da orientadora, visto que o projeto já havia sido aprovado na data acima mencionada e a pesquisadora se propôs a dar continuidade ao mesmo no curso de mestrado. Ambas alterações foram autorizadas em reunião do dia 09 de março de 2006, ofício nº 66/2006 (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados com esta pesquisa e sua respectiva discussão serão descritos em duas etapas.

Primeiramente, será apresentada a análise das famílias participantes do estudo de acordo com o referencial sistêmico do Modelo Calgary de Avaliação da Família (WRIGHT; LEAHEY, 2002), que compreende a avaliação estrutural, de desenvolvimento e de funcionamento familiar, para possibilitar a apreensão do contexto das categorias temáticas.

Posteriormente, serão apresentadas as categorias identificadas por meio da análise de conteúdo latente das entrevistas realizadas.

Ressalta-se que a cada um dos participantes foi conferido um nome fictício, a fim de resguardar-lhes a identidade.

5.1 Apresentação das famílias

Cinco famílias convivendo com um idoso dependente fizeram parte deste estudo. Em três famílias houve a participação de duas pessoas, em uma participaram quatro e em outra somente um dos membros familiares, totalizando 11 sujeitos. Destes, dois eram idosos dependentes, com idades 83 e 91 anos, e nove eram familiares, com idade que variou entre 26 e 65 anos.

Uma breve caracterização dos participantes da pesquisa pode ser visualizada no Quadro 1.

Embora nem todos os integrantes das famílias tenham participado da pesquisa, o enfoque da mesma foi a unidade familiar. Dessa forma, todos os participantes foram convidados a observar sua família, conforme preconiza o referencial sistêmico (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Ressalta-se que este referencial pode ser adotado mesmo que a abordagem seja realizada com apenas um membro da família, desde que se utilize o padrão circular (GALERA; LUIS, 2002; COX, 1994).

Quadro 1 – Caracterização dos informantes da pesquisa – Botucatu, 2005.

Família	Parentesco com o idoso	Idade (anos)	Gênero	Anos de aprovação escolar	Ocupação	Renda familiar (R$)
01	esposo	65	masculino	0 (analfabeto)	lavrador (aposentado)	880,00
	filha	29	feminino	6	faxineira	
02	filha	53	feminino	8	dona-de-casa (aposentada)	2200,00
	genro	55	masculino	8	operador de máquina (aposentado)	
03	idosa dependente	91	feminino	4	dona-de-casa (aposentada)	1600,00
	filha	58	feminino	8	dona-de-casa (aposentada)	
04	idosa dependente	83	feminino	0 (lê e escreve)	dona-de-casa (aposentada)	2600,00
	filha	49	feminino	7	salgadeira	
	neta	28	feminino	11	dona-de-casa	
	neta	26	feminino	11	agente de saúde	
05	nora	55	feminino	15	pedagoga	3000,00

Segundo o grau de parentesco em relação ao idoso, os participantes, além das duas idosas dependentes, foram um esposo, quatro filhas, duas netas, um genro e uma nora. Quanto ao gênero, foram sete mulheres e dois homens.

O nível educacional dos informantes variou de 0 a 15 anos de aprovação escolar. Em relação às ocupações, seis eram aposentados, uma era dona de casa, uma era faxineira, uma era salgadeira, uma era agente de saúde e uma era pedagoga.

Cada família era composta por quatro a seis membros morando com o idoso e a soma dos rendimentos de todos (renda familiar) aproximada relatada pelas famílias variou entre 880,00 e 3000,00 reais.

FAMÍLIA 1

Os componentes da família de D. Alice (família 1) que participaram dos encontros foram a filha Ana e o esposo da idosa dependente, Sr Benedito.

Na maioria das vezes, D. Alice permanecia em seu quarto ou na varanda da casa. Segundo a filha, a mesma não apresentava condições de compreender o que seria abordado nos encontros.

A estrutura familiar

D. Alice, 61 anos, apresenta doença mental há 20 anos e insuficiência renal crônica diagnosticada há três meses. Seu marido, Sr Benedito, 65 anos, é lavrador aposentado. Eles têm uma filha, Ana, 29 anos, desempregada no início do estudo, casada com Alberto, 24 anos, entregador. Juntos, têm dois filhos: Bruno, sete anos, e Alfredo, 2 anos (Figura 6).

Os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos podem ser visualizados no ecomapa (Figura 7). D. Alice realiza sessões de hemodiálise três vezes por semana no hospital universitário, sendo sua única saída de casa. Sr Benedito freqüenta rotineiramente um bar no centro da cidade, onde encontra os amigos. Também freqüenta o banco para receber sua aposentadoria e a USF quando se sente “doente”. Ana freqüenta regularmente a USF para cuidar de sua saúde e da de seus filhos e, quando está trabalhando, mantém vínculo com o emprego. Os relacionamentos de Alberto são principalmente com seus amigos do bar e com seu emprego de entregador, pois gosta de andar de moto. Ana e Alberto mantêm intenso vínculo afetivo com seus primos e amigos, com quem costumam passear no rancho e fazer churrascos.

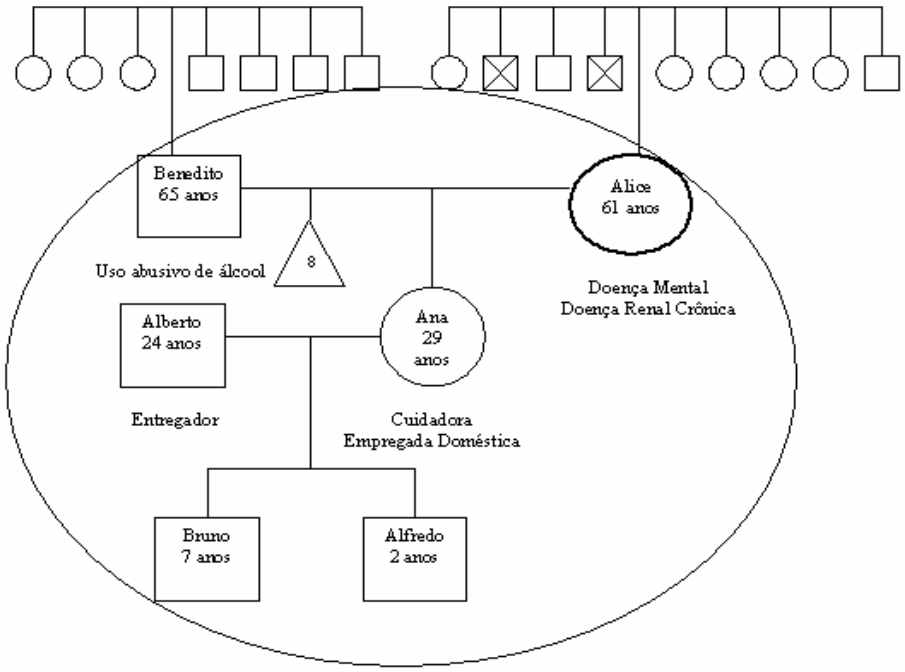

Figura 6 – Genograma da família de D. Alice (família 1).

Legenda:

Homem

Mulher

Casamento

Morte

Pessoa índice

Aborto

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

A família mora em um bairro com problemas sociossanitários relevantes: algumas casas possuem fossa séptica ou despejam os dejetos a céu aberto e a coleta pública do lixo não contempla todo o bairro. Em um terreno comum existe a casa em que D. Alice mora com Sr. Benedito e ao fundo a casa em que Ana vive com Alberto e as crianças. Ambas possuem quatro cômodos, iluminação natural insuficiente, mobília mínima necessária (sofá, cama, guarda-roupas, estante para televisão, armário para cozinha, fogão e geladeira) e condições higiênicas satisfatórias.

O grupo familiar de seis pessoas vivia, no primeiro encontro, com a aposentadoria do Sr Benedito e com a renda de Alberto como entregador. No decorrer dos encontros foi acrescida a renda de Ana, que começou a trabalhar em dois períodos da semana como faxineira, sendo o rendimento familiar mensal de aproximadamente 880,00 reais, ou seja, cerca de 3,4 salários mínimos. Destaca-se que o salário mínimo vigente no país na época era de 260 reais.

D. Alice e Sr. Benedito são analfabetos. Ana e Alberto têm seis anos de aprovação escolar (segundo ciclo do ensino fundamental incompleto). O filho mais velho de Ana, Bruno, está cursando a primeira série do ensino fundamental, enquanto que Alfredo ainda não vai à escola.

Segundo Ana, todos os integrantes da família são católicos. Apesar de não freqüentarem a igreja regularmente, têm muita fé e recorrem a Deus para o enfrentamento de momentos difíceis.

O desenvolvimento familiar

Identificou-se no grupo familiar duas fases dos estágios da vida, segundo a classificação de Carter e McGoldrick (2001): “a família com filhos pequenos” e “a família no estágio tardio da vida”.

Apesar de a família não possuir alto padrão financeiro, o desafio da responsabilidade e do atendimento às demandas das crianças dependentes é superado sem maiores dificuldades, principalmente por Ana, mãe das crianças.

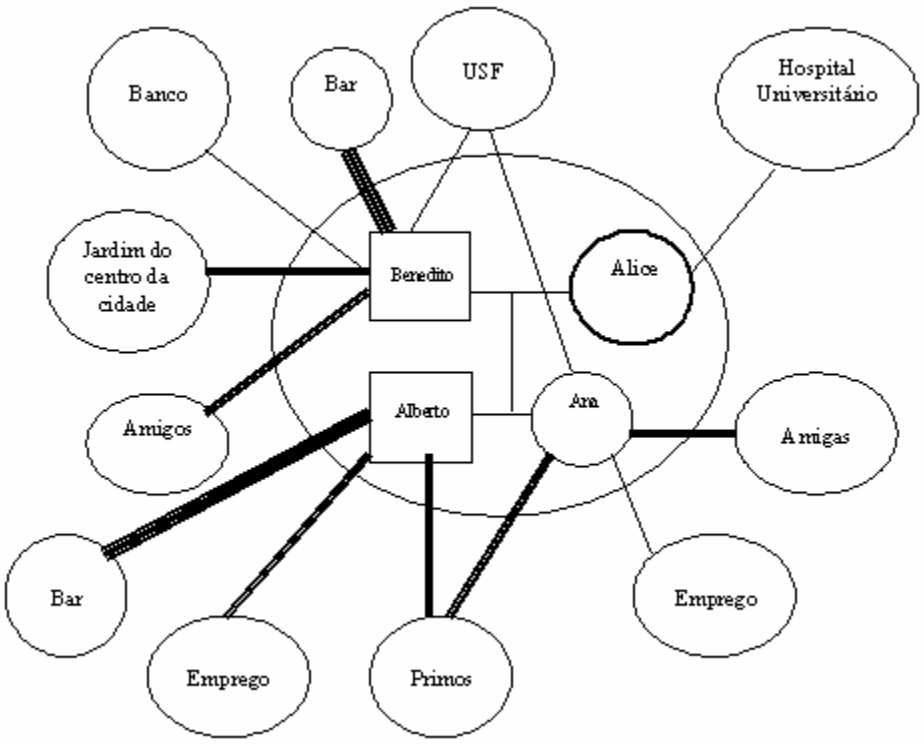

Figura 7 – Ecomapa da família de D. Alice (família 1).

Legenda:

Vínculo moderado ——————

Vínculo intenso ═══════

Vínculo muito intenso ═══════

Vínculo fraco .....

Vínculo estressante ——//——

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

Considerando o estágio tardio da vida, Sr. Benedito, que recebe um salário mínimo ao mês, sente-se bem com o fato de poder contribuir financeiramente com a casa; orgulha-se por ter condições financeiras para comprar remédios não fornecidos pela USF, alimentos e roupas para si e para o restante da família. A filha Ana reconhece isso, contudo, preocupa-se com a saúde do pai, que possui hipertensão, glaucoma e encontra-se fazendo uso abusivo de bebida alcoólica.

Há uma interdependência apropriada entre a geração mais velha e as gerações subseqüentes: Sr. Benedito é capaz de ajudar a filha e esta tem a responsabilidade do cuidado aos pais, principalmente da mãe dependente. Em relação a este tipo de relacionamento, Wright e Leahey (2002) mencionam que, nas famílias norte-americanas, os idosos parecem ter a mesma probabilidade de ajudar e apoiar seus filhos, assim como estes são capazes de oferecer suporte aos pais.

D. Alice, por sua vez, apresenta uma condição crônica de adoecimento mental e é totalmente dependente da filha até mesmo para as atividades básicas da vida diária, principalmente pela condição degenerativa da doença renal crônica diagnosticada recentemente. A partir deste último diagnóstico, a família, que mantinha certa estabilidade, passa a se desestruturar: há uma acentuada sobrecarga do papel de cuidadora de Ana, a situação de uso abusivo de bebida alcoólica por parte do Sr. Benedito e a preparação da família para a perda materna.

Para o Sr. Benedito, o fato de D. Alice passar pelas sessões de hemodiálise semanalmente apenas prolonga o sofrimento da família, visto que a doença renal já se encontra avançada.

Desse modo, pode-se afirmar que parte do estresse familiar ocorre pelo impacto da dependência da idosa doente sobre a família e a outra parte é decorrente da preparação da família para a morte. Walsh (2001) traz que o sentimento de perda que ocorre no estágio tardio de vida da família, muitas vezes, é o ajustamento mais difícil.

Em relação ao estresse familiar, o enfermeiro deve considerar que o mesmo resulta sempre de uma situação que tem um potencial para causar uma mudança na família. Nesse sentido, Boss (1988) ainda ressalta que o estresse é inevitável no grupo familiar; ele acontece quando a família vivencia uma situação que vai além do controle do momento e a forma como a família sente o estresse causado por um evento ou situação é influenciada pela percepção, que por sua vez é influenciada pelos valores e crenças familiares.

O funcionamento familiar

As atividades da vida diária da família, além da alimentação, higiene, sono, trabalho, cuidado com as crianças, etc, incluem àquelas relacionadas à dependência de D. Alice: preparo e oferta de dieta especial, curativo diário em cateter venoso e em úlcera de membros inferiores, administração de medicação, banho e acompanhamento nas sessões de hemodiálise três vezes por semana. Segundo a filha da idosa, Ana, seu pai e seu esposo não são tão capazes de cuidar de D. Alice pelo fato de serem homens.

De acordo com Wright e Leahey (2002), a questão do gênero é permeada por um conjunto de crenças sobre as expectativas de condutas e experiências femininas e masculinas. Assim, em relação ao funcionamento familiar expressivo ou afetivo, praticamente todos os cuidados dispensados à D. Alice, às crianças e aos homens ficam sob a responsabilidade de Ana. Este é mais um aspecto importante relacionado aos valores da cultura que regem o modelo hegemônico de família nuclear: às mulheres cabem a responsabilidade dos cuidados à saúde dos membros de sua família, mesmo quando trabalham fora de casa.

Sr. Benedito refere ser uma pessoa triste e constantemente nervosa. Segundo Ana, essa tristeza se explica pelo fato de ele não compreender bem a doença da esposa e o nervosismo por não suportar a maneira como o genro Alberto vive (fala e escuta som muito alto, recebe amigos em casa). Desse modo, Sr. Benedito é percebido como “resmungão” na casa. Por outro lado,

Alberto não reconhece seu próprio comportamento como sendo o desencadeador do aborrecimento do sogro.

Considerando este relacionamento como uma seqüência repetitiva e pensando esta relação entre sogro e genro de modo interacional, pode-se ilustrar o relacionamento através do diagrama de padrão circular - DPC (Figura 8).

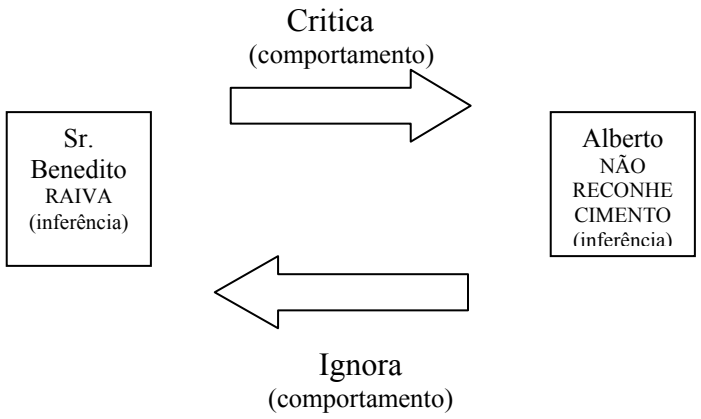

Figura 8 – DPC do relacionamento entre sogro e genro.

De acordo com o ilustrado acima, quanto mais o Sr Benedito se irrita e critica Alberto, mais Alberto o ignora. Em contrapartida, quanto mais Sr Benedito sente-se ignorado e conseqüentemente desrespeitado pelo genro, mais sente raiva, conforme pôde ser observado em sua gesticulação e tom de voz quando se referia à situação.

Ana relata que não se importa que os cuidados dispensados à mãe fiquem sob sua responsabilidade, lamentando apenas o fato de seu pai e seu esposo viverem em constante conflito. Isso porque, segundo Ana, seu nascimento foi cercado de cuidados. Ela conta que sua mãe, D. Alice, teve oito abortos antes de seu nascimento e a última gravidez foi a única em que buscou cuidados médicos, e Ana interpreta essa história como sendo a sua vez de cuidar da mãe. Esta é uma crença que tem um papel facilitador para o desenvolvimento de soluções para os

problemas. Em contrapartida, contribui para acentuar a sobrecarga de seu papel de cuidadora, visto que há o entendimento de que ela deve aceitar e suportar todas as dificuldades decorrentes do cuidado que dispensa a sua mãe.

FAMÍLIA 2

Os participantes da família do Sr. Dorival (família 2) foram a filha Cecília e o genro Daniel.

Durante os encontros, Sr. Dorival permanecia em um banquinho no quintal, "consertando" gaiolas ou caixas. Escutava o que era falado nos encontros, mas nada verbalizava, segundo a filha, por dificuldades próprias da idade; o idoso apresenta certo grau de comprometimento cognitivo, observado por evidências de esquecimento e confusão mental.

A estrutura familiar

Sr. Dorival, 99 anos, é viúvo há 12 anos. Tem três filhos, dentre eles a filha com quem mora há quase 13 anos, Cecília, 53 anos, dona-de-casa, casada há 30 anos com Daniel, 55 anos, operador de máquina aposentado. Juntos tiveram um bebê que faleceu aos 50 dias por meningite. Ainda têm uma filha, Carla, 30 anos, atendente de uma pizzaria e César, 33 anos, soldador, filho do primeiro casamento de Daniel (Figura 9).

Sr. Dorival possui osteoporose e faz o seguimento de seu estado de saúde no hospital universitário e na USF. Suas atividades de lazer incluem viagens para a casa da filha que mora em Salto, cerca de cinco vezes ao ano, e idas à sorveteria próxima ao seu domicílio aos sábados, acompanhado de sua filha cuidadora. Cecília e Daniel freqüentam a igreja católica praticamente todas as semanas. Freqüentemente visitam a casa de amigos vizinhos e de parentes em outras cidades. Comparecem à USF para o cuidado à saúde. Carla mantém vínculo com seus colegas de trabalho, gosta de fazer compras no centro da cidade e de ir à casa dos amigos e do namorado.

César também relaciona-se com seus colegas de trabalho e gosta de ir a lanchonetes e clubes com seus amigos (Figura 10).

A família mora em um bairro popular, entretanto com condições sociais e sanitárias satisfatórias: abastecimento de água e energia elétrica e escoamento do esgoto através da rede pública. No terreno comum em que vivem, Cecília e Daniel construíram uma casa para o Sr Dorival, com uma sala, um quarto com televisão, um banheiro e uma pequena copa com cadeiras e mesa, na qual encontrava-se um prato com frutas frescas. Esta, assim como a casa da família, apresenta estados de higiene e conservação satisfatórios e é iluminada naturalmente, devido às amplas janelas. Sobre alguns móveis estavam dispostos cuidadosamente retratos de família, vasos, flores. O grupo familiar de cinco pessoas vive com renda mensal aproximada de 2200, 00 reais; cerca de 7,3 salários mínimos. Ressalta-se que o salário mínimo vigente na época era de 300,00 reais.

Sr. Dorival trabalhava na lavoura e nunca estudou. Cecília e Daniel têm oito anos de aprovação escolar (ensino fundamental completo), enquanto que Carla e César possuem 11 anos de estudo (ensino médio completo).

O desenvolvimento familiar

Além da fase do ciclo vital "a família no estágio tardio da vida" (CARTER; McGOLDRICK, 2001), também se identificou a presença de jovens adultos solteiros. O "encaminhamento do jovem adulto solteiro" é uma fase típica do ciclo vital da família norte-americana de classe média; já no Brasil não é estabelecido como regra a saída de casa dos filhos adultos - estes podem morar a vida toda com os pais, no caso de não se casarem.

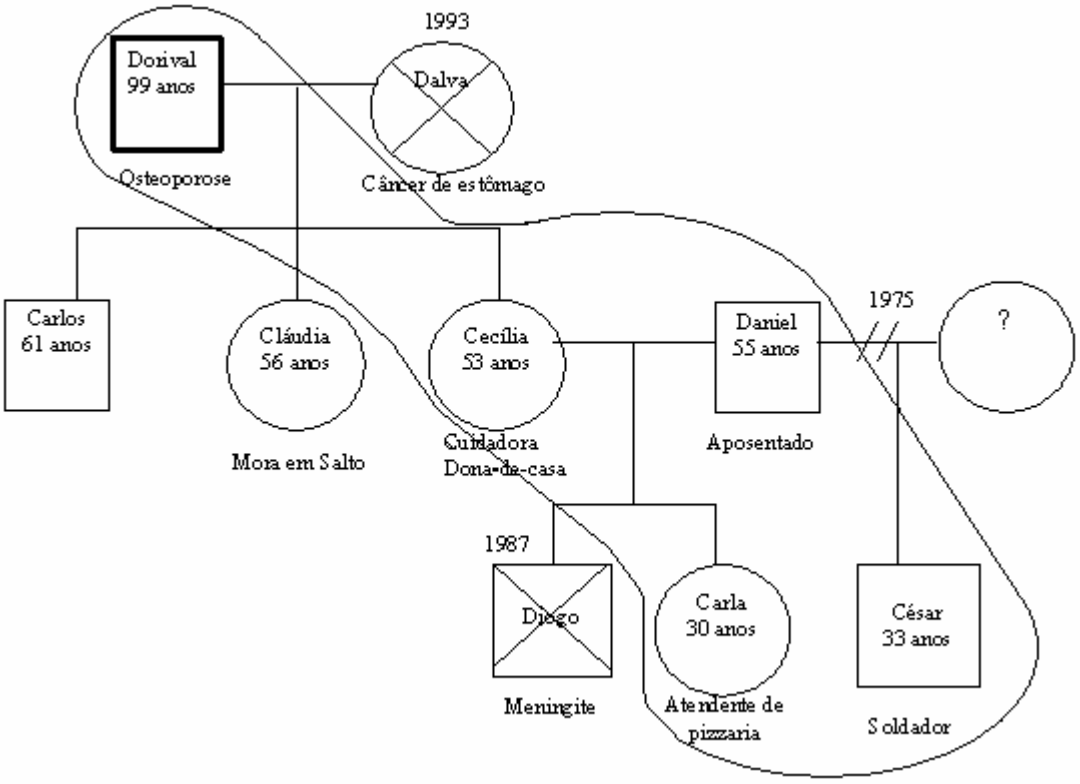

Figura 9 – Genograma da família do Sr Dorival (família 2).

Legenda:

Homem

Mulher

Casamento

Divórcio

Morte

Pessoa índice

Aborto

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

Segundo Wright e Leahey (2002), atualmente é freqüente a existência de famílias que têm entre seus membros indivíduos que nunca se casaram, ou seja, homens e mulheres no final dos 20 e início dos 30 anos de idade. Esta afirmativa corrobora com a realidade desta família, já que os jovens da casa, Carla e César, no início de seus 30 anos, vivem com os pais e por enquanto não fazem planos para se casarem ou saírem de casa.

Considerando o estágio tardio da vida, Sr. Dorival é dependente da filha para atividades rotineiras como alimentação e locomoção. Cecília gosta de cuidar de seu pai e sente-se feliz pelo fato de ele estar vivo. Assim, prepara com carinho as refeições, arruma sua casa, leva-o para passear. Sente-se bem com isso e relata que seu pai é prioridade na casa. Essa interdependência entre a geração mais velha e a subseqüente, principalmente entre o idoso e a filha adulta, faz com que haja maior possibilidade de fortes vínculos entre ambos (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Para Silva e Bocchi (2005), a interdependência pode ser definida como uma situação em que a reciprocidade de sentimentos promove um relacionamento terapêutico entre os membros da família, beneficiando a todos.

O funcionamento familiar

As atividades instrumentais da vida diária da família relacionadas ao idoso dependente incluem: preparo de suas refeições, administração de medicação, auxílio para a locomoção até o quintal ou até a calçada e ida ao médico. Sr. Dorival é capaz alimentar-se, vestir-se e tomar banho sozinho, desde que o coloquem sentado em uma cadeira.

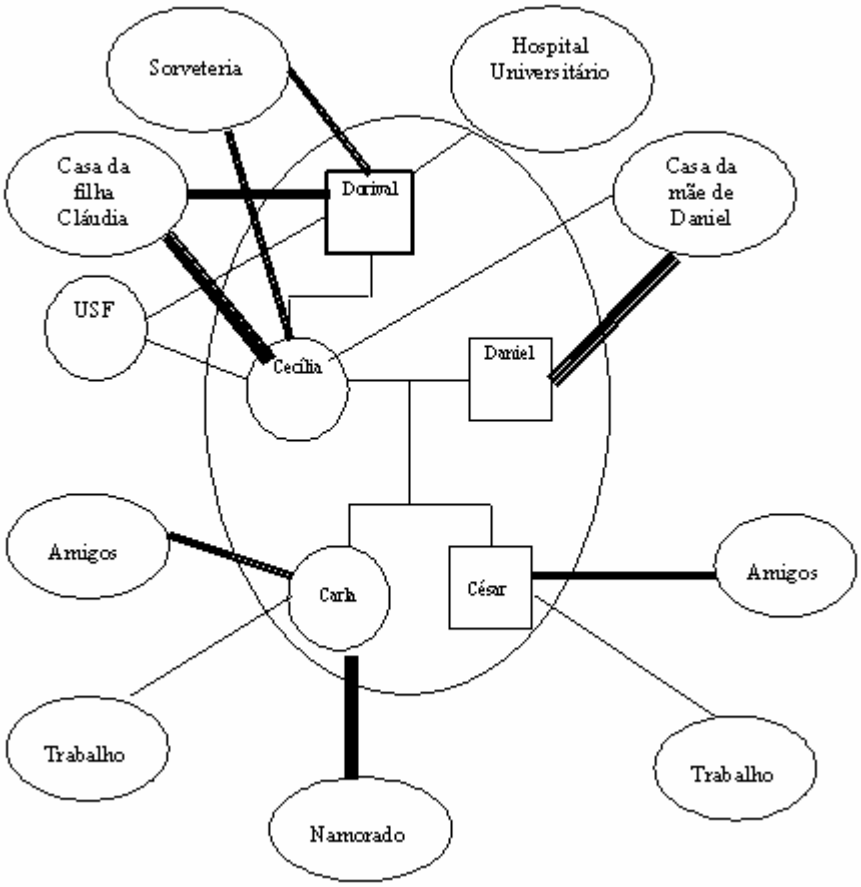

Figura 10 – Ecomapa da família do Sr Dorival (família 2).

Legenda:

Vínculo moderado ——————

Vínculo intenso ═══════

Vínculo muito intenso ═══════

Vínculo fraco .....

Vínculo estressante ——//——

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

A filha Cecília é a principal responsável pelos cuidados dispensados ao idoso. Seu esposo Daniel também mostra-se colaborativo quando os cuidados exigem a locomoção. Pôde-se observar um relacionamento tranqüilo entre o idoso, a filha e seu genro. Quando o casal viaja para visitar a mãe de Daniel, os sobrinhos de Cecília passam a ser os responsáveis pelo cuidado do idoso.

Cecília expressa medo e tristeza ao pensar que seu pai pode falecer a qualquer momento. Daniel preocupa-se com isso e teme que a esposa "adoeça". Assim, procura confortá-la e apoiá-la. Além de conversarem sobre isso, Daniel programa viagens e saídas para dançar com a esposa.

Analisando a relação entre marido e esposa de modo interacional, pode-se ilustrar o relacionamento mediante o diagrama de padrão circular (Figura 11).

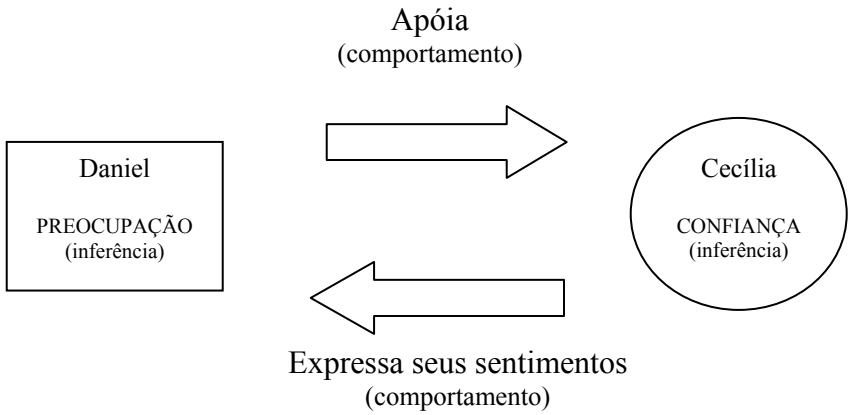

Figura 11 – DPC do relacionamento entre marido e esposa.

De acordo com o diagrama, pode-se observar que quanto mais Cecília expressa seu sentimento de medo de perder o pai, mais Daniel se preocupa com ela e procura apoiá-la nessa fase da vida, o que a torna confiante.

FAMÍLIA 3

A família de D. Fátima (família 3), teve a sua participação e a de sua filha Eliana.

A estrutura familiar

D. Fátima, 91 anos, viúva há 50 anos, apresenta artrose com importante comprometimento de membros inferiores. Mora há dez anos com a filha Eliana, 58 anos, dona-de-casa. Divorciou-se há 10 anos e possui três filhos: Edgar, 38 anos, casado, mora em Assis; Emílio, 27 anos e Fernanda, 21, moram com a mãe e com a avó. Emílio trabalha na prefeitura e Fernanda como balconista em uma loja no centro da cidade. Eliana tem um namorado há três anos, Fabrício, 58 anos, comerciante, que mora próximo à casa da família (Figura 12).

Os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos podem ser visualizados no ecomapa (Figura 13). D. Fátima freqüenta regularmente um consultório médico particular para o controle da dor nos membros inferiores. Além disso, recebe mensalmente a visita da enfermeira e de sua agente comunitária do PSF, pelas quais verbaliza especial carinho. Gosta de ir à casa de sua outra filha, Elisa, 60 anos, que mora no centro da cidade, pois esta tem carro e a leva para visitar as amigas e os netos. Às vezes também visita sua outra filha, Edna, 63 anos, que mora em Jaú. D. Fátima possui intenso vínculo com sua manicure, que cuida de suas unhas quinzenalmente e com o neto Emílio. Eliana faz o acompanhamento de sua saúde na USF. Com seu namorado Fabrício, gosta de freqüentar a igreja evangélica semanalmente. As atividades de lazer do casal incluem visitas às irmãs de Eliana e à mãe de Fabrício em Minas Gerais, idas à praia e aos bailes. Emílio mantém vínculo com seu emprego e, à noite, por estar cansado, gosta de ficar em casa assistindo à televisão e conversando com a mãe e com a avó. Fernanda mantém relacionamento próximo com seus colegas de trabalho e freqüenta a casa do namorado. Segundo a mãe, a relação da filha com o namorado pode ser considerada intensa no momento, talvez porque estejam iniciando este relacionamento.

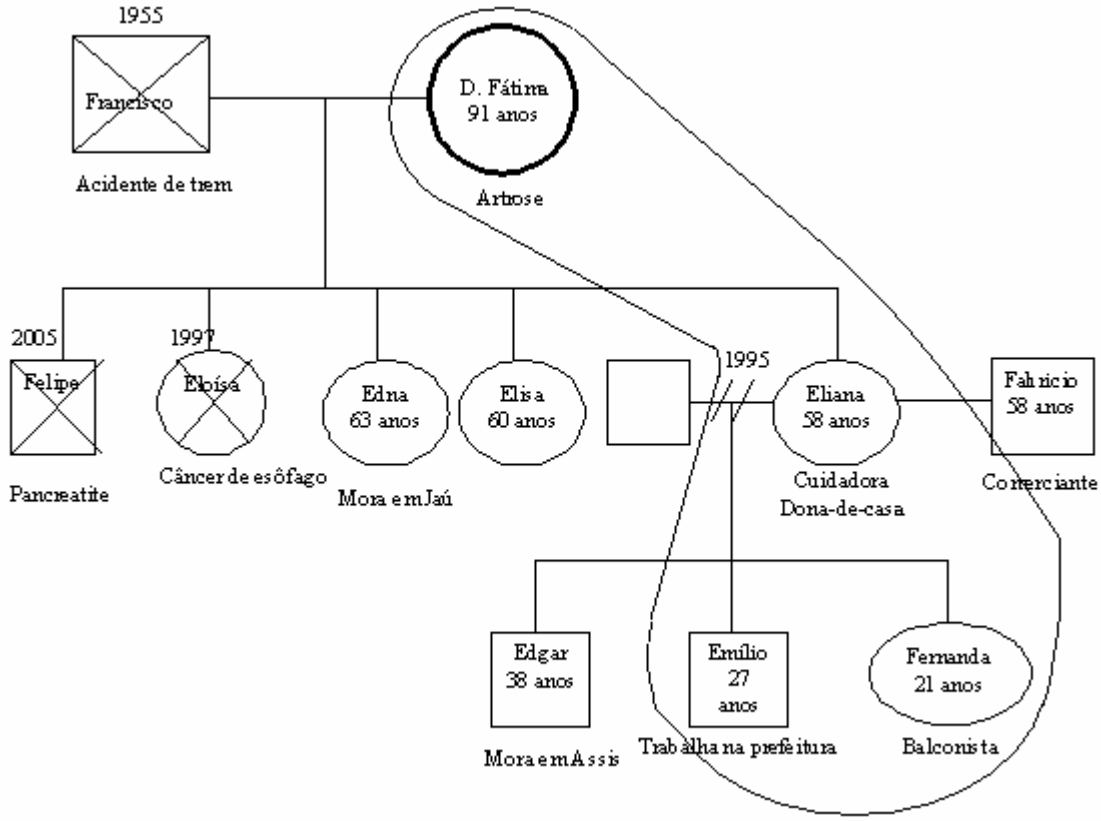

Figura 12 – Genograma da família de D. Fátima (família 3).

Legenda:

Homem

Mulher

Casamento

Divórcio

Morte

Pessoa índice

Aborto

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

A família mora em um bairro com condições sociais e sanitárias satisfatórias. A casa possui seis cômodos arejados e iluminados e um amplo quintal com vários vasos de flores, cuidados por D. Fátima e Eliana. O grupo familiar de quatro pessoas vive com renda mensal aproximada de 1600,00 reais; cerca de 5,3 salários mínimos, sendo o salário mínimo vigente na época igual a 300,00 reais.

D. Fátima tem quatro anos de aprovação escolar (primeiro ciclo do ensino fundamental completo) e Eliana possui oito anos (primeiro e segundo ciclos do ensino fundamental completo). Emílio e Fernanda cursaram até o ensino médio completo (11 anos estudados). D. Fátima e os netos são católicos, apesar de não irem à igreja com freqüência. Eliana e Fabrício são evangélicos praticantes.

O desenvolvimento familiar

Além da fase do ciclo vital "a família no estágio tardio da vida", delineada por Carter e McGoldrick (2001), também identifica-se nesta família os "jovens adultos solteiros", em situação semelhante à família anterior. Segundo Eliana, seu filho Emílio pouco sai de casa e quando o faz, mantém relacionamentos eventuais com algumas garotas. Já Fernanda, de acordo com a mãe, gosta de namorar, mas parece ainda não ter encontrado um namorado com quem mantivesse um forte vínculo.

Em relação ao estágio tardio da vida, D. Fátima depende do auxílio da filha para locomover-se. Assim, Eliana a auxilia sempre que necessário. Parece haver um ajustamento adequado entre a idosa dependente e a filha cuidadora, em relação aos papéis que cada uma desempenha nessa fase.

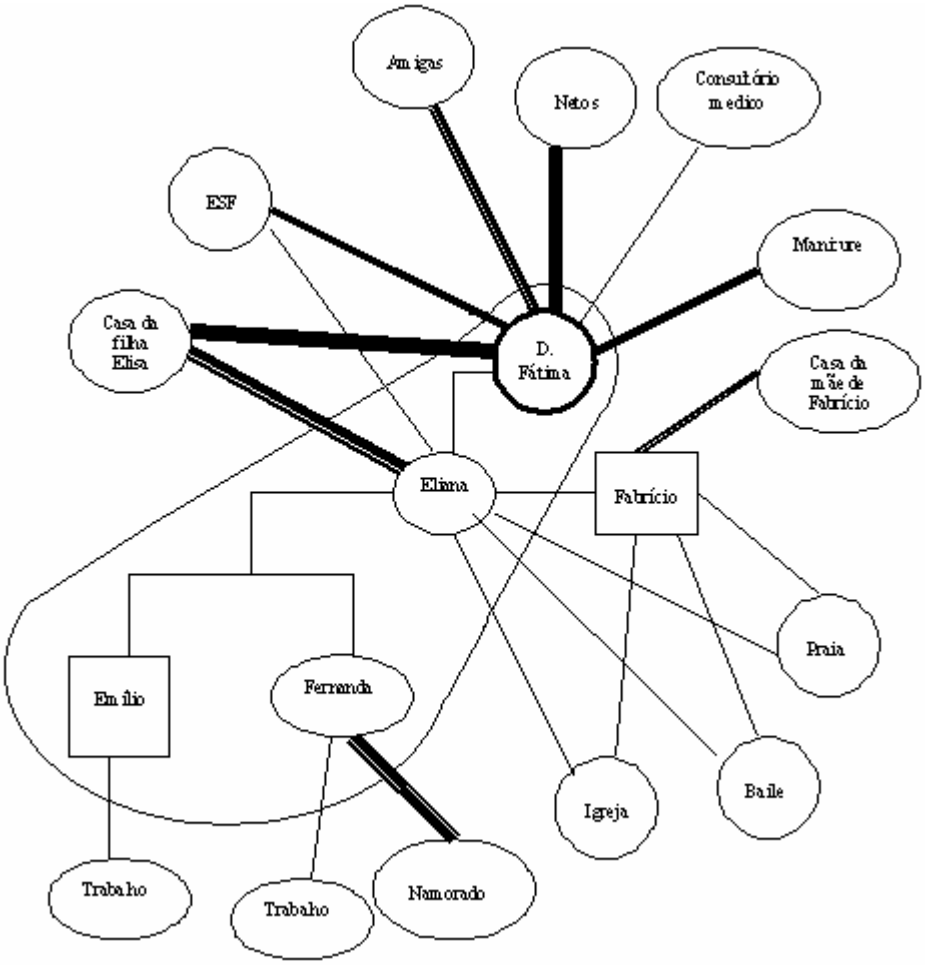

Figura 13 – Ecomapa da família de D. Fátima (família 3).

Legenda:

Vínculo moderado ———————

Vínculo intenso ═══════

Vínculo muito intenso ═══════

Vínculo fraco .....

Vínculo estressante ——//——

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

Durante os encontros, Fernanda não foi muito citada, talvez pelo fato de estar intensamente envolvida com o atual namorado. Nesse sentido, convém mencionar que a fase do jovem adulto solteiro apresenta como uma de suas tarefas o "acordo" com a família de origem, em relação a manter-se junto ou separado, sem que haja o rompimento em favor de uma fonte emocional substitutiva (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

O funcionamento familiar

As atividades rotineiras relacionadas ao cuidado à D. Fátima incluem o auxílio para locomoção e para vestir-se, devido às dores. Quando colocada sentada, toma banho sozinha, lava suas roupas íntimas e passa creme hidratante no rosto e nas mãos, com supervisão. Eliana a auxilia na locomoção dentro e fora de casa, quando D. Fátima quer sentar-se no quintal ou na calçada para ver a movimentação da rua. As duas também têm auxílio de Elisa, que tem o papel de levar a mãe idosa ao mercado e à banca de jornais para fazer compras (cosméticos, revistas), às consultas médicas e ao banco para receber os rendimentos provenientes de sua aposentadoria.

O neto Emílio também parece ter um papel importante: faz companhia à avó quando volta do serviço, ocasião em que às vezes Eliana gosta de ir aos bailes com o namorado. Segundo D. Fátima, o neto gosta de ouvir suas histórias e gostam de contar piadas.

No tocante ao funcionamento familiar expressivo, pode-se dizer que D. Fátima, Eliana, Emílio e Elisa mantêm um relacionamento harmonioso e bem-humorado. Além disso, D. Fátima é estimulada por Eliana a realizar todas as atividades que gosta e as que é capaz de fazer e sente-se bem com isso.

Considerando a relação entre a filha e a mãe idosa interacionalmente, pode-se ilustrar este relacionamento por meio do diagrama de padrão circular (Figura 14).

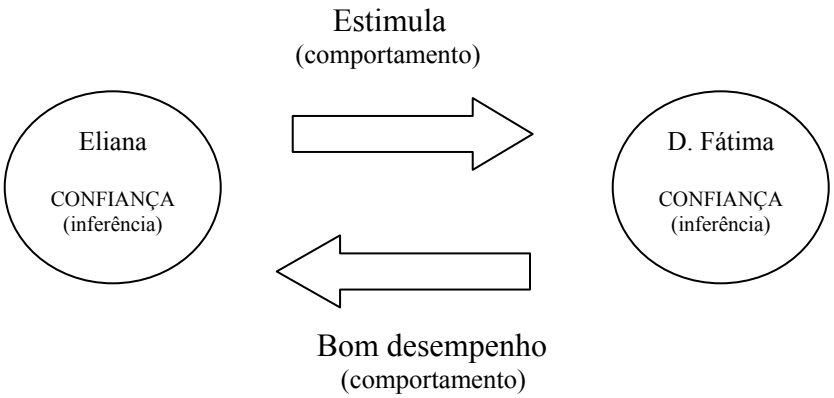

Figura 14 – DPC do relacionamento entre mãe idosa e filha.

Conforme o ilustrado, quanto mais a filha Eliana estimula a mãe, D. Fátima, mais a mãe sente-se confiante e apresenta um bom desempenho na realização das atividades da vida diária.

FAMÍLIA 4

Participaram dos encontros com a família de D. Heloísa (família 4), além dela própria, sua filha Gorete e duas netas: Geci e Helena. Na maior parte das vezes, D. Heloísa ora participava do encontro, ora entretia-se com os dois bisnetos, Henry e Gabriel.

A estrutura familiar

D. Heloísa, 83 anos, viúva há 37 anos, é hipertensa, diabética e possui osteoporose. Tem quatro filhos homens: Horácio, 54 anos, Geraldo, 52 anos, Heitor, 46 anos e Gerson, 42 anos. Mora há um ano com sua única filha mulher Gorete, 49 anos, que também possui hipertensão arterial e dislipidemia. Além de cuidar da casa, Gorete faz salgadinhos para festas. É casada há 31 anos com Gilson, 51 anos, pedreiro. Juntos tiveram um bebê que nasceu morto há 31 anos e mais quatro filhos. Hélio, 23 anos, e Gustavo, 20 anos, são metalúrgicos em uma empresa de grande porte. Helena, 26 anos, é agente comunitária de saúde e Geci, 28 anos, é dona-de-casa, casada e tem dois filhos: Henry e Gabriel, com três anos e um ano de idade, respectivamente (Figura 15).

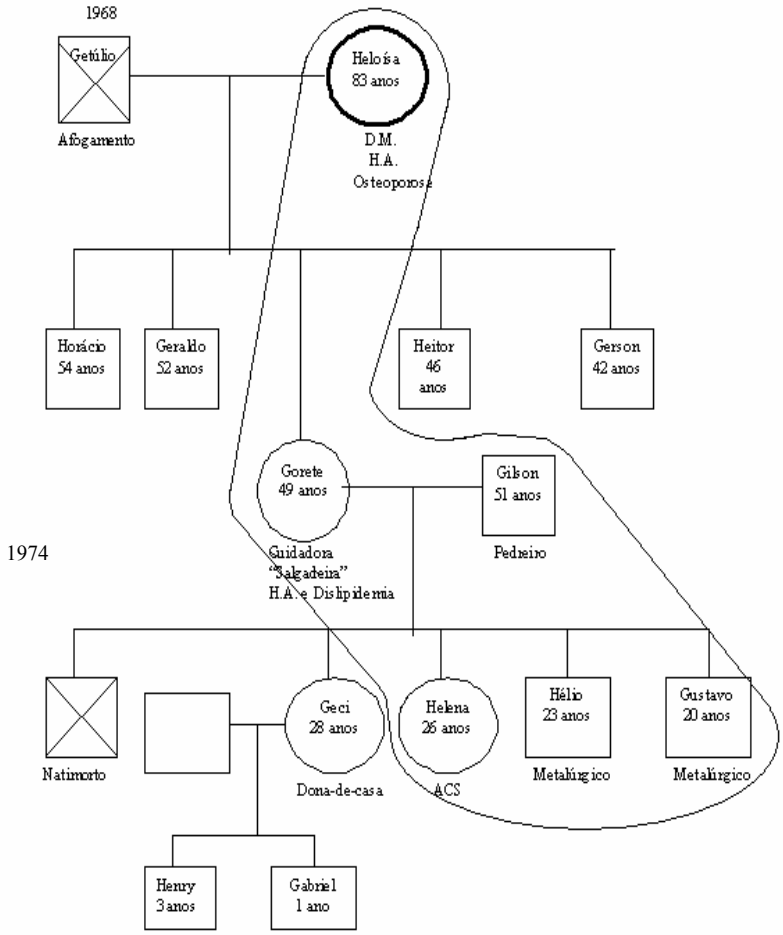

Figura 15 – Genograma da família de D. Heloísa (família 4).

Legenda:

Homem

Mulher

Casamento

Divórcio

Morte

Pessoa índice

Aborto

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

D. Heloísa, apesar de morar com a filha, gosta de ir até sua própria casa, onde mora seu filho caçula Gerson, 42 anos, para averiguar se a mesma encontra-se organizada. Seu intenso vínculo com Gerson decorre do fato de ele levá-la ao supermercado aos sábados. O estado de saúde de D. Heloísa é acompanhado pela equipe do PSF. Sua filha Gorete gosta de trabalhar como salgadeira, pois assim tem a possibilidade de cuidar de sua casa e de sua mãe. Gorete faz o acompanhamento de seu estado de saúde na USF. Como atividades de lazer, gosta de visitar as amigas e especialmente seu irmão caçula, com o qual mantém intenso vínculo. Freqüenta a igreja católica semanalmente. Gilson gosta de fazer churrasco e receber os amigos em casa. Além disso, gosta de seu trabalho, segundo a esposa, por ser autônomo. O neto caçula Gustavo, além do trabalho, relaciona-se intensamente com os amigos com quem vai às festas nos fins de semana. Hélio mantém vínculo com seu trabalho. Gosta de assistir à missa aos domingos e, como lazer, joga futebol e freqüenta lanchonetes. Helena relaciona-se intensamente com seu trabalho como agente comunitária de saúde e com sua irmã mais velha. Geci mora próximo à casa de sua mãe e lá passa a maior parte do tempo com seus dois filhos: Henry e Gabriel. Também freqüenta regularmente a igreja católica e gosta de passear no centro da cidade (Figura 16).

A família mora em um bairro com condições sociais e sanitárias satisfatórias. A casa tem oito cômodos amplos e uma agradável área para confraternizações ao fundo. O grupo familiar de seis pessoas vive com uma renda mensal aproximada de 2600 reais; cerca de 8,6 salários mínimos. Vale destacar que o salário mínimo vigente na época era de 300,00 reais.

D. Heloísa não possui estudo algum, entretanto sabe ler e escrever. Gorete e seu esposo têm sete anos de aprovação escolar (segundo ciclo do ensino fundamental incompleto) e todos os jovens adultos possuem onze anos de aprovação nos estudos (ensino médio completo). A família é católica. D. Heloísa gosta de rezar em casa, pois tem muita dificuldade de ir à igreja.

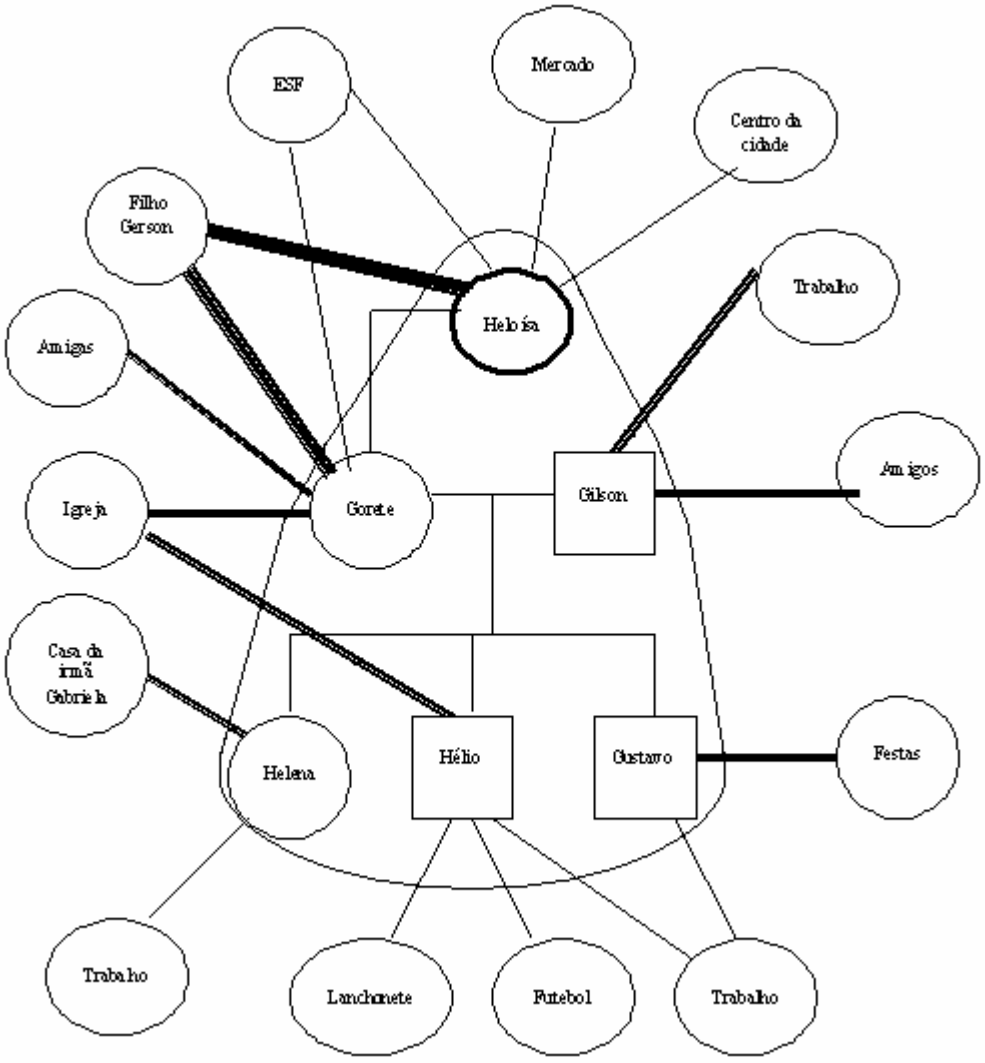

Figura 16 – Ecomapa da família de D. Heloísa (família 4).

Legenda:

Vínculo moderado ——————

Vínculo intenso ═══════

Vínculo muito intenso ═══════

Vínculo fraco .....

Vínculo estressante ——//——

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

O desenvolvimento familiar

Assim como as demais famílias deste estudo, o grupo encontra-se na fase "a família no estágio tardio da vida" (CARTER; McGOLDRICK, 2001) e também como as duas famílias anteriores, é composta por "jovens adultos solteiros". Os três jovens adultos solteiros, Helena, Hélio e Gustavo trabalham fora e têm independência financeira. Helena, principalmente, mantém-se constantemente próxima à família: auxilia nos cuidados com a avó Heloísa, com os sobrinhos Henry e Gabriel e com as tarefas domésticas.

Esta família ainda assemelha-se à primeira do estudo por também encontrar-se na fase "a família com filhos pequenos" (CARTER; McGOLDRICK, 2001).

Em relação à esta fase, pôde-se verificar que a responsabilidade e o atendimento às demandas das crianças dependentes é realizado com tranqüilidade por Geci, que tem auxílio da mãe Gorete e da irmã Helena, visto que passam parte do tempo juntas. Outro ponto interessante é que as crianças têm a possibilidade de conviverem com a bisavó Heloísa. Pôde-se perceber que os bisnetos gostam de estar junto dela: compartilham risadas e "bolachas". Para muitos idosos, a convivência com crianças pequenas estabelece um novo tipo de relacionamento carinhoso e pode ser muito gratificante por permitir-lhes maior intimidade sem a responsabilidade exigida dos pais (WRIGHT; LEAHEY, 2002; CARTER; McGOLDRICK, 2001).

Assim, a disposição das tarefas como a assistência às crianças, à idosa dependente, os cuidados com a casa e o trabalho profissional são compartilhados mutuamente por todos, transparecendo um adequado ajustamento para a convivência de múltiplas gerações.

O funcionamento familiar

As atividades do cotidiano relacionadas ao cuidado à D. Heloísa compreendem o auxílio para locomoção e para vestir-se, pois sente muitas dores. Estas tarefas são realizadas por sua filha

Gorete e suas netas Geci e Helena. No entanto, a idosa banha-se e alimenta-se sozinha. Seu filho caçula, Gerson, é responsável por levá-la semanalmente para visitar sua própria casa, para fazer compras no supermercado (diz que gosta muito de comprar bolachas) e para passear no centro da cidade.

No tocante ao funcionamento familiar expressivo, pode-se dizer que D. Heloísa, a filha Gorete e as netas Geci e Helena mantêm um relacionamento com intenso vínculo, permeado pela interdependência e solidariedade familiar.

Entretanto, não foi possível identificar a comunicação circular, ou seja, as seqüências repetitivas observadas no relacionamento entre os integrantes da família de D. Heloísa.

A esse respeito, a terapia sistêmica aceita que o enfermeiro pode não conhecer completamente os fatos e as experiências de seus pacientes (COX, 1994).

FAMÍLIA 5

Na família de D. Inês (família 5), houve a participação de Iara, nora de D. Inês, a idosa dependente.

A estrutura familiar

D. Inês, 83 anos, é viúva há 13 anos e aposentou-se como empregada doméstica. Apresenta como hipótese de diagnóstico médico doença de Alzheimer. Tem quatro filhos: Joana, 60 anos, mora em São Manuel; Júlia, 55 anos, reside em São Paulo; Jandira, 42 anos, vive em Botucatu e João, 42 anos, o filho com quem mora há um ano e meio, operador de máquina em uma indústria na cidade. João é casado há 25 anos com Iara, 55 anos, pedagoga que trabalha como coordenadora em uma creche municipal. João e Iara têm dois filhos: Jonas, 24 anos, gerente em um supermercado, e Igor, 21 anos, que é estudante e tem uma namorada, Ingrid, que está grávida de sete meses (Figura 17).

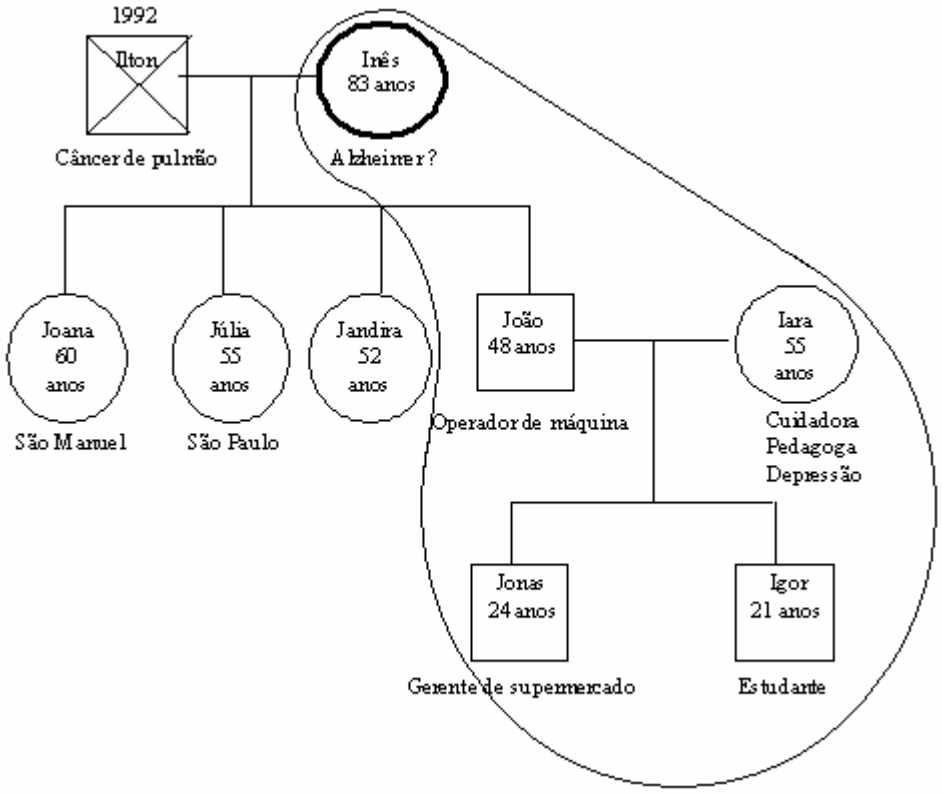

Figura 17 – Genograma da família de D. Inês (família 5).

Legenda:

Homem

Mulher

Casamento

Divórcio

Morte

Pessoa índice

Aborto

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

D. Inês, assim como a senhora da família anterior, apesar de morar com o filho, mantém sua casa e gosta que seu filho João a leve para vê-la de vez em quando. Recebe a visita de sua agente comunitária de saúde periodicamente. Seu filho João mantém vínculo com seus colegas de trabalho. A nora Iara, por sua vez, relaciona-se com as amigas de seu local de trabalho. Gosta de freqüentar a igreja católica, apesar de referir não ter tempo. Segundo Iara, Jonas é um jovem tranqüilo: só sai de casa para trabalhar. Já Igor, gosta de ir às festas, à casa dos amigos e à de sua namorada, que também vai à sua casa e mantém relacionamento tranqüilo com a sogra Iara (Figura 18).

A família mora em um bairro com condições sociais e sanitárias satisfatórias. A casa é ampla, possui nove cômodos, mobília cuidadosamente distribuída entre eles e finos objetos de decoração: lustres, vasos, quadros e peças de porcelana.

Entretanto, D. Inês vive em uma pequena edícula construída no mesmo terreno da casa principal, que possui dois cômodos: um ambiente impessoal, com iluminação natural e arejamento deficientes (o que favorece o mau odor no dormitório da idosa) e mobília mínima: uma cama e uma cômoda.

A família composta por cinco pessoas possui uma renda mensal aproximada de 3000 reais, ou seja, 10 salários mínimos. Convém ressaltar que o salário mínimo vigente na época era de 300,00 reais.

D. Inês é analfabeta. Suas filhas Joana e Júlia têm oito anos de aprovação escolar (ensino fundamental completo), enquanto que os caçulas, Jandira e João, possuem 11 anos de aprovação nos estudos (ensino médio completo). A nora Iara possui quinze anos de aprovação escolar (ensino superior completo), assim como seu filho mais velho Jonas. Igor está cursando o ensino médio.

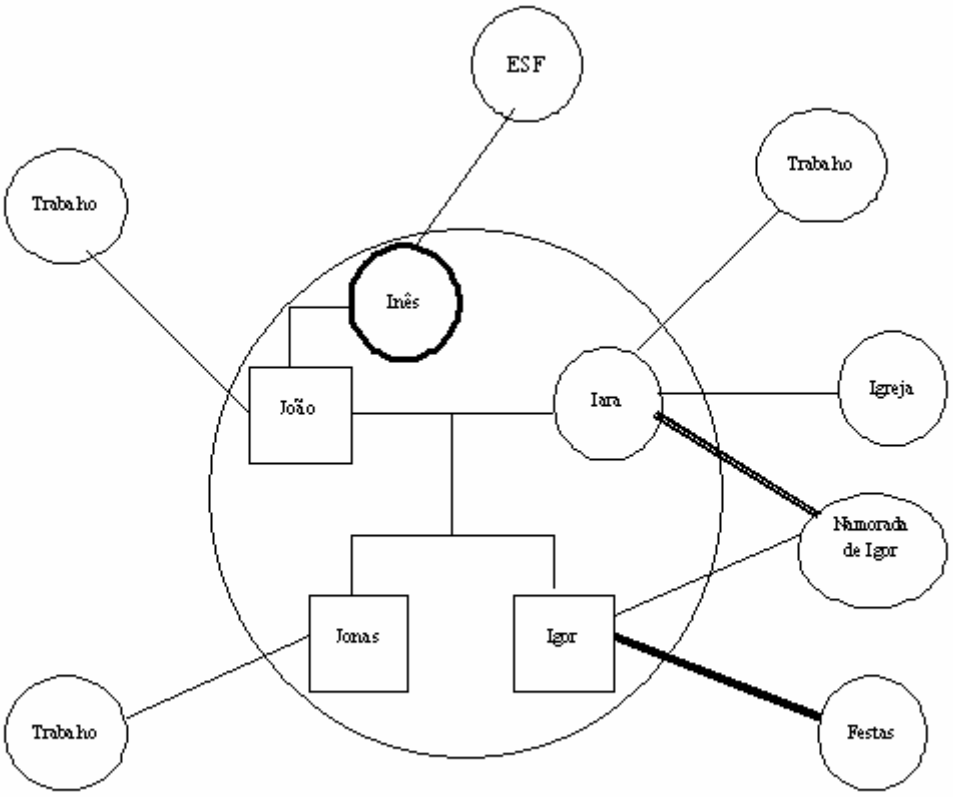

Figura 18 – Ecomapa da família de D. Inês (família 5).

Legenda:

Vínculo moderado ——————

Vínculo intenso ═══════

Vínculo muito intenso ═══════

Vínculo fraco .....

Vínculo estressante ——//——

Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

Segundo Iara, a família é católica, mas só ela freqüentava a igreja. Refere não ir às missas atualmente em decorrência dos cuidados que dispensa à sogra Inês.

O desenvolvimento familiar

Assim como a maior parte das famílias estudadas, além do grupo encontrar-se na fase "a família no estágio tardio da vida" (CARTER; McGOLDRICK, 2001), também é constituída por "jovens adultos solteiros".

O neto mais velho de D. Inês, Jonas, trabalha e, assim como os jovens da família anterior, mantém parcial independência financeira, visto que reside com os pais.

Igor, apesar de estar próximo de tornar-se pai, ainda não tem planos para casar-se com sua namorada e, segundo a mãe, é intensamente envolvido com os amigos. Esta parece ser uma característica típica da fase "famílias com adolescentes", na qual o relacionamento com os amigos pode ser mais intenso do que com a família (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Com relação ao estágio tardio da vida, D. Inês apresenta um importante declínio funcional para realizar as atividades diárias necessitando, portanto, de auxílio constante.

O funcionamento familiar

As atividades cotidianas que implicam em cuidados à D. Inês incluem auxílio para: locomoção, alimentação, banho, higiene, vestir-se e arrumar-se. Essas funções ficam a cargo da de Iara. Coube à nora, portanto, a responsabilidade do cuidado à sogra.

O filho mais velho de Iara, Jonas, contribui freqüentemente com a manutenção dos gastos no domicílio: todos os dias chega com alimentos e outros itens necessários para a manutenção do lar.

Em relação ao funcionamento expressivo, Iara sente raiva, por acreditar que a sogra é mais capaz do que aparenta, apesar de tê-la desestimulado a realizar algumas atividades. Para a nora Iara, D. Inês seria capaz de fazer muitas coisas e não faz porque não quer. Contudo, há cerca

de um ano, Iara desestimulou D. Inês a realizar atividades na cozinha, alegando a "falta de higiene da sogra". Talvez isso tenha contribuído para que a dependência de D. Inês se acentuasse.

Parece que a nora não consegue aceitar o declínio fisiológico e funcional da sogra e a trata como indolente. A sogra, por sua vez, "desiste" e se comporta como uma pessoa totalmente dependente. Essa situação reflete a dificuldade para que se dê o adequado ajustamento a essa fase (WRIGHT; LEAHEY, 2002; CARTER; McGOLDRICK, 2001).

Além disso, D. Inês apresenta alguns comportamentos impróprios, como, por exemplo, ferir-se. Ressalta-se o fato de que a idosa está sendo investigada quanto à doença de Alzheimer.

Analisando esta relação entre D. Inês e sua nora Iara em uma perspectiva interacional, pode-se ilustrar o relacionamento por meio do diagrama de padrão circular (Figura 19).

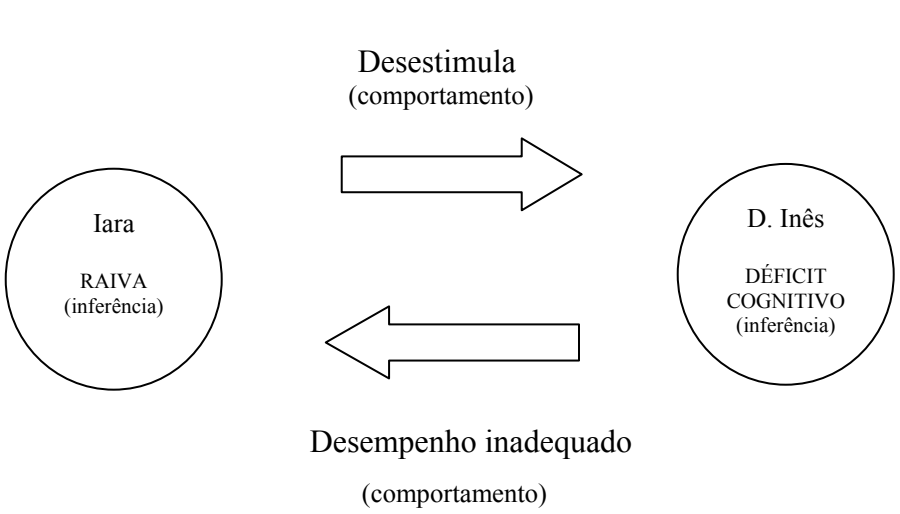

Figura 19 – DPC do relacionamento entre sogra e nora.

Pode-se observar que quanto mais a nora Iara critica e desestimula a sogra D. Inês, mais ela apresenta desempenho inadequado, na perspectiva da nora.

5.1.1 - Um panorama das famílias estudadas

Em relação à caracterização da área onde residem as famílias estudadas, verificou-se que, quatro delas vivem em bairros com condições sociais e sanitárias satisfatórias (famílias 2, 3, 4 e 5) - abastecimento de água e energia elétrica e escoamento do esgoto através da rede pública, exceto uma (família 1), em que o bairro onde reside é caracterizado por precárias condições: algumas casas possuem fossa ou despejam os dejetos a céu aberto e a coleta pública do lixo não contempla todo o bairro.

Apesar de essa família em particular (família 1) não viver em um domicílio nessas condições, as áreas circunvizinhas apresentam ambiente insalubre. Assim, deve-se atentar para o fato de que o levantamento das condições sociais e ambientais em que vivem as famílias da área de abrangência da USF faz parte do papel do enfermeiro que atua no campo da atenção primária à saúde, visto que estas influem sobre o estado de saúde das pessoas, podendo predispor o indivíduo à ocorrência de doenças.

Nesse sentido, Fracolli e Bertolozzi (2001) ressaltam que a abordagem do processo saúde-doença relaciona-se intrinsecamente ao acesso que as famílias têm às necessidades vitais, como as condições de moradia, e deve ser pautado no princípio de vigilância à saúde, ou seja, na detecção precoce de pontos críticos que evidenciam as necessidades de saúde.

Apesar de a questão financeira ser um fator importante para a sobrevivência da família, neste estudo, não pareceu determinante da qualidade do cuidado dispensado ao idoso. Ao contrário: quatro famílias (1, 2, 3 e 4), independente do rendimento familiar mensal, mantinham seus idosos em acompanhamento regular do estado de saúde, satisfatórias condições de higiene

no local onde os mesmos residiam e relacionamento harmonioso entre os membros, o que favorece a promoção da saúde da unidade familiar.

Entretanto, na família em que apresentava maior rendimento mensal (família 5), foram evidenciadas condições desfavoráveis para a saúde do idoso, como o precário estado de higiene do quarto e o relacionamento familiar conflituoso, possivelmente pelo fato de a família não compreender as questões envolvidas no processo de envelhecimento, como o agravamento da situação de dependência em decorrência de uma condição crônica, como a doença de Alzheimer, sendo investigada pela equipe de saúde do hospital universitário na ocasião da pesquisa.

Diferentemente dos achados encontrados em outros estudos, que evidenciaram baixos recursos financeiros em relação ao aumento dos gastos pelo acometimento de doenças em idosos que convivem com a família (MARQUES, 2004; PIRES; SILVA, 2001), de uma forma geral, o rendimento mensal das famílias participantes desta pesquisa, que variou entre 3,4 e 10 salários mínimos, pareceu ser suficiente para manter os gastos familiares. Isso poderia ser explicado pelo fato de a situação de dependência do idoso não ter implicado, necessariamente, em gastos extras para essas famílias, e sim em disponibilidade pessoal dos cuidadores para o auxílio ou supervisão dos idosos.

Pinto et al. (2006), ao estudarem o apoio social de famílias de idosos que residiam em área rural coberta pelo PSF, observaram tendências de que o maior número de pessoas residindo no domicílio poderia aumentar o escore de apoio material, o que sinaliza que domicílios multigeracionais podem constituir uma estratégia eficiente na obtenção de recursos financeiros, por exemplo.

Entretanto, é importante destacar que nenhum membro das famílias encontrava-se desempregado até o término da fase de coleta de dados desta pesquisa.

Ademais, na realidade estudada, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do PSF, supre as famílias pertencentes à área de abrangência da USF em relação aos medicamentos de base para as condições crônicas e aos materiais para a realização de curativos e sondagem vesical. Além disso, existem recursos humanos próprios do PSF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) para prover o atendimento domiciliário (exame clínico, monitorização dos sinais vitais, realização de curativos e cuidados para manutenção da sondagem vesical, por exemplo).

No tocante à estrutura interna, observou-se que, das cinco famílias participantes, apenas uma (família 1) conservava a estrutura nuclear, composta pelo casal, filhos e netos. As outras quatro (famílias 2, 3, 4 e 5) eram constituídas por apenas um dos cônjuges idosos compondo o núcleo, por motivo de viuvez do companheiro.

Desse modo, com a redução da família nuclear (CARTER; McGOLDRICK, 2001), é essencial que o enfermeiro amplie o conceito de família de modo a abranger a família extensa (que inclui a família de origem e a de procriação) e os sistemas mais amplos (instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem contato significativo), visando ampliar a rede de suporte do grupo familiar para uma assistência integral e efetiva.

Verificou-se que quatro famílias (1, 2, 3 e 4) dispunham de diversos elementos do supra-sistema familiar, ou seja, da rede de suporte social, como igrejas, amigos e parentes.

No entanto, constatou-se que uma família (família 5) apresentava um escasso relacionamento de seus membros com os sistemas mais amplos, um dos fatos que poderia contribuir para justificar a acentuada sobrecarga relatada pelo cuidador, visto que, para Wright e Leahey (2002), a rede social constitui-se em importante forma de ajuda para o enfrentamento das dificuldades familiares do dia-a-dia.

Outro fator que pode contribuir para o desgaste do papel de cuidadora da família supracitada é o fato de ela encontrar-se em tratamento médico para depressão, doença que,

segundo Sherwood et al. (2005), pode ser exacerbada pela sobrecarga emocional freqüentemente associada a cuidadores familiares.

No decorrer da coleta de dados desta pesquisa pôde-se perceber que, dos 11 participantes (sendo duas idosas dependentes), os nove familiares de idosos constituíam os seus principais cuidadores.

Em relação ao gênero dos cuidadores, a prevalência de mulheres é vastamente encontrada em estudos sobre o tema (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; SILVA; BOCCHI, 2005, BOCCHI, 2004; KARSCH, 2003, NAKATANI et al., 2003), assim como também constatou-se neste trabalho; uma possível explicação para isso seria que, culturalmente, é esperado que a mulher desempenhe o papel de cuidadora em circunstâncias que assim o exigem, como por exemplo a ocorrência de uma condição crônica em um membro da família (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004).

Considerar essa bagagem cultural, na prática, significa reconhecer que este aspecto pode contribuir para o desgaste das mulheres cuidadoras da família e, nesse sentido, o enfermeiro deve empreender esforços na aquisição de habilidades para adotar de fato a família como unidade de cuidado. Assim, a sobrecarga do cuidado pode ser minimizada, desde que o enfermeiro ajude a o grupo familiar a se mobilizar para o cuidado do ente idoso dependente.

Nesta pesquisa, quatro famílias que se encontram no estágio tardio de vida (2, 3, 4 e 5) convivem também com jovens adultos solteiros e duas famílias (1 e 4) com crianças pequenas.

No planejamento da assistência que tem como cenário um domicílio onde convivem várias gerações, como foi o caso das famílias estudadas, o enfermeiro deve considerar que as tarefas específicas da fase da velhice interagem com aquelas próprias das gerações dos filhos e dos netos, oferecendo, conforme recomenda Walsh (2001), respaldo para que a própria família promova novos arranjos para o desempenho dos papéis familiares.

De acordo com Wright e Leahey (2002), é importante que se conheça a história sobre o desenvolvimento da família. Assim, a partir do reconhecimento da maneira como o grupo familiar convive com seu ente idoso dependente, o enfermeiro é capaz de compreender essa experiência e propor intervenções de forma a promover um cuidado pautado no contexto familiar, social e cultural.

O acolhimento dos filhos observado em quatro famílias (1, 2, 3 e 4) e a dificuldade da nora no cuidado ao idoso, observado em uma família (família 5), são certamente permeados pelas questões de gênero e pelas relações familiares. O conceito de família relacionado à idéia de consangüinidade pode fazer com que a responsabilidade dos filhos de cuidar de seus pais seja natural, aceitável. Já no caso do cuidado prestado por uma nora, neste estudo, esta responsabilidade pareceu não ser aceita de forma tranqüila e natural, valor portanto, que não poderia ser generalizado, considerando-se o tamanho da amostra.

O MCAF proposto por Wright e Leahey (2002) e adotado neste estudo permitiu realizar a avaliação da família, levantando os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Dessa forma, pôde-se obter dados referentes à constituição social do grupo familiar (instituições que compõem sua organização social), que, de acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), devem ser apreendidos nas pesquisas que priorizam os aspectos socioculturais dos participantes, assim como este estudo de caso respaldado por pressupostos etnográficos.

Esta abordagem traz implicações diretas para o cuidado de enfermagem, sendo primordial para o planejamento das intervenções centradas na família como unidade de cuidado, sobretudo em uma realidade onde freqüentemente a assistência direcionada somente ao idoso é priorizada em detrimento daquela voltada ao sistema familiar.

5.2 Apresentação das categorias identificadas

O referencial teórico-metodológico adotado para este estudo permitiu identificar o processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar, considerando os aspectos culturais que envolvem esses sistemas familiares no estágio tardio de vida.

Nessa fase, os dados serão apresentados a partir da descrição dos conceitos identificados, segundo os elementos que compuseram o processo: categorias e subcategorias.

Seguindo as etapas da análise de conteúdo latente (MORSE; RICHARDS, 2002; MAYAN, 2001) foi possível identificar duas categorias pertencentes ao processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar: A VELHICE E A DEPENDÊNCIA COMO EVENTOS DA VIDA e A ADAPTAÇÃO FAMILIAR PARA O CONVÍVIO COM UM IDOSO DEPENDENTE. Cada categoria e suas subcategorias correspondentes podem ser visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Representação do processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva da família: categorias e subcategorias – Botucatu, 2005.

A – A VELHICE E A DEPENDÊNCIA COMO EVENTOS DA VIDA
A.1 – É uma fase natural da vida
A.2 – É preciso aceitar a velhice
A.3 – O declínio fisiológico e funcional
A.4 – A dependência física do idoso
A.5 – A ida do idoso para a casa da família
B – A ADAPTAÇÃO FAMILIAR PARA O CONVÍVIO COM UM IDOSO DEPENDENTE
B.1 – A compreensão da família sobre o envelhecimento
B.2 – A cooperação dos demais
B.3 – A valorização do idoso
B.4 – O fim da vida

A – A VELHICE E A DEPENDÊNCIA COMO EVENTOS DA VIDA

Esta é a primeira categoria que compõe o processo de conviver com um idoso dependente, sob a perspectiva da família.

A percepção de que o envelhecimento e a dependência física constituem uma etapa da vida envolve a reflexão de que a velhice é uma fase natural da vida e, portanto, deve-se aceitá-la, considerando o declínio fisiológico, funcional e a conseqüente dependência do idoso.

Assim, relacionando-se as subcategorias que compõem esta categoria, pode-se afirmar que não só o envelhecimento é percebido como natural para o grupo familiar, mas também o declínio funcional, a dependência física e, por conseguinte, a ida do idoso para a casa da família.

Este significado que a família atribui à velhice, que lhe confere um caráter de naturalidade, é permeado pelo valor familiar de normalidade para esta fase da vida. A esse respeito, Víctora, Knauth e Hassen (2000), indicam que os conceitos de normalidade e anormalidade são determinados a partir de valores do contexto onde vivem as pessoas. Assim, para as famílias participantes deste estudo, o processo de envelhecimento tem um valor de normalidade e é, portanto, natural.

No entanto, o fato de a velhice ser vista como "natural" pela família, não implica na ausência de situações do cotidiano geradoras de estresse e, conseqüentemente, sofrimento.

Um dos pontos que pode desencadear o estresse familiar é o fato de que cada grupo pode atribuir um significado diferente a um mesmo objeto ou fenômeno (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Neste estudo, os idosos não significaram a velhice como algo natural ou um privilégio, como seus familiares. Isto pode ser explicado pelo fato de reconhecerem que a velhice traz uma série de problemas, como a dor e o desconforto, o que torna suas vidas mais difíceis.

Desse modo, pode ser que o idoso sinta que esses problemas não são considerados por sua família, visto que, para ela, são normais.

A.1 – É uma fase natural da vida

O envelhecimento, do ponto de vista biológico, pode ser descrito como uma fase na qual uma determinada programação de crescimento e maturação chega a seu termo, caracterizando-o como um processo natural e comum a todos os seres vivos (MERCADANTE, 2005).

Neste estudo, as famílias pesquisadas também identificaram o envelhecimento como mais uma etapa da vida, conferindo-lhe uma naturalidade característica, ou seja, ele acontece segundo a ordem natural das coisas. Assim, a geração mais nova da família é capaz de reconhecer que também está envelhecendo e que será "velha" em uma época que está por vir.

> Então, acho que eu e a minha família entendemos melhor o que é o idoso, uma coisa natural, não é? [...] Faz parte da vida, ainda mais agora que vou ser avó, tem que entender melhor ainda o idoso (Iara – nora, família 5).

> (...) eles foram novos, nós somos mais novos hoje, mas depois vamos passar pela mesma coisa, a idade chega para todos. Eu sempre falo que a gente é um botão, aí esse botão vira uma rosa e a rosa então vai "desfolhando"; é natural, né? Eu não tenho dificuldade porque vejo isso como uma coisa normal (Cecília – filha, família 2).

Esse caráter de "naturalidade" que as famílias atribuem à velhice condiz com a visão antropológica do envelhecimento, que é permeada pelos aspectos culturais de cada sociedade. Para Pessini (2004), envelhecer é um processo natural na evolução do ser humano, que se inicia com o nascimento e termina com a morte.

A.2 – É preciso aceitar a velhice

Pelo fato de a velhice ser concebida como uma fase natural da vida, as famílias desse estudo acreditam que a aceitação do envelhecimento, mesmo com as limitações que com ele possam vir, é obrigatória, visto que é um processo inevitável.

> Se você não pode ir a um lugar, o que você tem que fazer? Tem que conformar e não ir e acabou. Eu acho que é isso aí: a velhice é isso aí, você tem que ir se acostumando com a vida (Daniel – genro, família 2).

> Essa dor que ela (a idosa) tem não tem cura: fica indo e voltando [...], mas a minha mãe está bem [...] é a dor só. É que a idade vai desgastando as pernas mesmo. Acho que é normal, né? (Eliana – filha, família 3).

> Era assim: quando ela veio aqui para a minha casa, ela ainda fazia alguma coisa: uma comida, uma louça [...] Ela até que cozinhava bem porque a vida toda ela foi empregada. Mas ela já não faz direito mais; é próprio da idade dela (Iara – nora, família 5).

A aceitação do processo de envelhecimento pelos familiares é facilitada pelo valor de normalidade que os mesmos atribuem à dor e à perda da capacidade funcional nessa fase da vida. Entretanto, as famílias perceberam a dor intensa como anormal, referindo-se a esse estado como doença, sendo motivo de preocupação.

> [...] nos dias que ela ficou doente aí (dores intensas), minha nossa, eu fiquei apavorada [...] tenho medo que ela ande sozinha, porque as pernas já estão fracas (Eliana – filha, família 3).

De acordo com Wright e Leahey (2002), o processo emocional-chave no final da vida é aceitar essa mudança de papéis imposta pela ocorrência das limitações. Coelho (2002) e Walsh (2001) acrescentam que uma resolução saudável dessa tarefa requer uma aceitação realista das forças e limitações por parte do adulto mais velho, permitindo-se ser dependente quando necessário.

Assim, apesar de ser um processo natural para os familiares, existe a constatação, por parte dos idosos, da dor e das limitações físicas decorrentes do declínio funcional.

> [...] sabe o que acontece? É que ela não entende que ela não pode mais fazer tudo o que podia fazer antes (Geci – neta, família 4).

> Aceitar? Já tem três meses que eu estou com dor aqui, aqui na "poupança". Ai menina do céu, que dor. Eu tenho muita dor na perna; como dói (D. Fátima – idosa, família 3).

> Não ganha nada, não (com a velhice). Eu quebrei as duas pernas e não ganhei nada com isso (D. Heloísa – idosa, família 4).

As incapacidades características dos idosos, e que tornam o indivíduo dependente, são percebidas, culturalmente, como "perdas", por revelarem uma deterioração da saúde e por tornar obrigatório que alguns papéis antes desempenhados pelos idosos passem a ser desempenhados por outros membros da família, geralmente a geração mais jovem.

Com isso, estes idosos não significaram a velhice como algo natural, visto que interpretam sintomas subjetivos como dor e desconforto, sinônimos de anormalidade.

Gatto (2005) também constata por meio de sua experiência no atendimento a idosos que muitos mencionam a queixa de dor. Como profissional da área de psicologia, afirma que por

detrás da dor física detectada pode haver a dor do desconhecido e da perda da identidade corporal.

Atualmente, em todo o mundo, os aspectos subjetivos como a dor, caso não sejam relacionados a um estado de saúde constatado por um profissional (médico, enfermeiro, psicólogo), não são valorizados pela equipe de saúde. Até mesmo para a família a validação do diagnóstico de qualquer perturbação, ou anormalidade, é importante para que a pessoa seja aceita socialmente como doente (HELMAN, 1994).

A partir daí, as pessoas acometidas por qualquer anormalidade, como o idoso que apresenta prejuízo em sua capacidade funcional, podem ser, ainda de acordo com Helman (1994), "aliviadas" de suas obrigações com respeito aos grupos sociais aos quais pertencem, ou seja, os papéis até então desempenhados pelo idoso passam a ser revistos e adequados à sua nova condição.

A.3 – O declínio fisiológico e funcional

Com o avançar da idade, surgem alterações ocasionadas pelo processo de envelhecimento natural e por patologias comuns em idosos; essas alterações podem gerar incapacidades ou limitações para os idosos.

O declínio fisiológico e a conseqüente perda da capacidade para a realização de algumas atividades fazem com que o idoso e a família percebam que estão diante de uma situação diferente, até então não vivenciada, na qual o idoso não é mais capaz de realizar todas as tarefas que realizava antes.

> E também a pressão dela não estava controlada, estava alta. O diabete também; estava tudo descontrolado. Precisava de mais cuidado, né? Agora está tudo controladinho (Geci – neta, família 4).

> Que nem no caso do meu sogro, eu fico vendo ele reclamar porque não pode andar, que não pode ir aos lugares [...] é assim, a hora que você vê, não dá para ir nem para frente e nem para trás (Daniel – genro, família 2).

> Ah, eu estou toda travada; quero andar e não posso. Não posso nem ir daqui (sala de estar) até o portão. Ela (a filha) tem que ir me segurando (D. Fátima – idosa, família 3).

É importante ressaltar que a ocorrência de incapacidades e seus efeitos nas condições de vida são os dois maiores fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas idosas (DONMEZ; GOKKOCA; DEDEOGLU, 2005).

O corpo humano, de acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), é comumente pensado em relação aos órgãos e aos sistemas. Assim, as concepções sobre seu funcionamento fazem com que seja determinado o conceito de declínio fisiológico e funcional. Para as famílias estudadas, este declínio parece corresponder à desordem no organismo, em decorrência de alguma doença ou do próprio envelhecimento, que predispõe o idoso a necessitar de ajuda.

Esta concepção familiar é semelhante à explicação de Paschoal (2005) para o envelhecimento funcional, quando afirma que as doenças crônicas e o processo natural do envelhecimento ocasionam a diminuição da capacidade funcional.

O enfermeiro deve realizar uma cuidadosa avaliação dessa capacidade, visto que possibilita nortear o grau de participação nas atividades sociais e de desenvolvimento das atividades da vida diária e autocuidado.

A.4 - A dependência física do idoso

Com a ocorrência do declínio fisiológico e funcional, a família percebe que o idoso passa a depender fisicamente de alguém a partir do momento em que não é mais capaz de realizar sozinho as atividades do dia-a-dia, como banhar-se, arrumar-se, cuidar de sua própria alimentação e locomover-se.

> É assim, a hora que você vê, não dá para ir nem para frente e nem para trás, você tem que parar com as pernas e esperar os outros virem; é assim (Daniel – genro, família 2).

> O que precisa fazer para ela é dar uma comida, um remédio, ajudar no banho (Gorete – filha, família 4).

> [...] sou eu mesma que cuido dele: é sonda, é tudo. Quanta sonda dele já limpei, porque ele fez duas cirurgias da próstata, então tinha que cuidar da sonda [...] eu quem dava banho, ele se sujava e era eu quem limpava e trocava a fralda. Ele ficou dependente de mim para tudo mesmo [...] a barba, a unha, a dentadura também sou eu que lavo (Cecília – filha, família 2).

> [...] eu ia dando (comida) bem devagarzinho porque ela não podia nem sentar, aí eu fiquei com medo que ela engasgasse. A gente fica com cuidado, né? [...] e eu preciso ajudar é na hora dela andar. Às vezes ela quer ficar sentada lá fora um pouquinho, aí ela chama e a gente vai junto porque eu tenho medo que ela ande sozinha, porque as pernas já estão fracas (Eliana – filha, família 3).

É importante ressaltar que a dependência se dá dentro de um contexto cultural e de normas e expectativas sociais e isso influencia a interação entre os membros da família, as formas de enfrentamento e as maneiras de cuidar.

Em relação a isso, pôde-se evidenciar no discurso apresentado que a situação de dependência aciona cuidados da alternativa informal de assistência à saúde, ou seja, da própria família. Para Helman (1994), nesta alternativa estão incluídas as normas que sinalizam o que é correto no tratamento da saúde.

Essas normas são permeadas por um conjunto de crenças, que classificam o que é adequado para a conservação da saúde do ente idoso, e refletem-se nas práticas de cuidado que a família realiza: auxílio e supervisão para locomoção, banho, higiene e alimentação.

Considerando a prática de administração de medicação e de higiene da sonda vesical, pôde-se constatar que as famílias estudadas também buscam auxílio na alternativa profissional de assistência à saúde. Para Helman (1994), as famílias podem adotar simultaneamente os dois recursos para a manutenção da saúde. Quando isso acontece, é porque as crenças familiares permitem significar as práticas como sendo adequadas para a manutenção e recuperação do doente.

Entretanto, há que se considerar que, para alguns familiares, a velhice pode gerar sofrimento quando instala-se a relação de dependência com pessoas que nem sempre estão dispostas a oferecer amor e apoio ao idoso.

> Eu por exemplo: não queria viver muito não. [...] É muito sofrimento [...] quando vai perdendo a saúde e depende dos outros, se o filho não tem paciência e amor, acaba judiando do velho e aí ele sofre. É duro, né? (Ana – filha, família 1).

Para Baldessin (2005), o idoso é dependente dos outros para sua própria segurança, dependente dos médicos para sua cura e dependente da família para seu sustento e troca de afetos. Nesse enfoque, apesar das dificuldades inerentes ao processo, quando a família é capaz de

evidenciar a dimensão positiva do envelhecimento com dependência, pode conferir sentido à experiência e adoção de formas de enfrentamento mais eficazes.

A.5 - A ida do idoso para a casa da família

Em situações em que as condições crônicas impedem o funcionamento independente, é provável que o idoso passe a morar com outros membros da família, contrariamente ao mito de que os filhos adultos se livram dos idosos colocando-os em instituições (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004; WALSH, 2001). Segundo Wright e Leahey (2002), a grande maioria dos idosos acima de 65 anos de idade vive com a família; menos de 5% vivem em instituições.

De fato, as famílias estudadas acolheram o idoso em seu lar preocupadas com a possível dificuldade de manutenção de seu orçamento financeiro, caso ele morasse sozinho, e com as alterações decorrentes do próprio envelhecimento, como por exemplo, o declínio funcional e as alterações comportamentais, estas últimas responsáveis, em parte, pela dificuldade de convivência com os idosos.

> Faz 13 anos que o meu pai veio morar comigo. Nós fizemos essa casinha aqui para ele e para a minha mãe, para eles se livrarem do aluguel [...], aí meu pai ficou comigo e comigo ele está (Cecília – filha, família 2).

> Minha mãe já está morando aqui com a gente há um ano porque lá na outra casa ela caía muito (Gorete – filha, família 4).

Esta situação também foi constatada por Silveira, Caldas e Carneiro (2006), em estudo envolvendo cuidadores familiares de idosos altamente dependentes em uma unidade ambulatorial de atenção ao idoso no Estado do Rio de Janeiro, no qual os pesquisadores evidenciaram que,

quando instalava-se a condição de dependência, os pacientes idosos também se mudavam para o domicílio da família.

Entretanto, para alguns familiares, conviver com o idoso dependente abrange dificuldades, conforme evidenciado no discurso abaixo.

> O meu marido tirou ela dali (da casa de repouso) e colocou dentro da minha casa [...] olha, no começo, quando a gente a trouxe aqui para casa, foi muito difícil. Já faz um ano e três meses. Não é fácil conviver não, não é fácil (Iara – nora, família 5).

> Eu fico brava com ela, às vezes a gente explode mesmo (Iara – nora, família 5).

Apesar de esta pesquisa ter constatado que a convivência entre a geração mais velha e a subseqüente envolve sofrimento e requer tolerância, assim como constataram Silveira, Caldas e Carneiro (2006) em seus estudos, ainda é a única escolha para essas famílias, que não aceitam a ida do idoso para casas de repouso ou asilos, por acreditarem que esses estabelecimentos sejam desprovidos de afeição.

> [...] não são todos os filhos e as casas de idosos que têm tolerância e tratam a pessoa idosa com amor. Por isso que eu acho que chega um ponto que ser velho é sofrer (Ana – filha, família 1).

> [...] quando chega alguém diferente, qualquer pessoa, nem precisa ser do posto, ela acha que é para levá-la à casa de repouso. Imagina! Eu nunca faria isso! Sabe, no asilo, você pode ver, não tem alegria (Gorete – filha, família 4).

> As minhas cunhadas resolveram tirá-la da casa dela e colocaram em outro lugar [...] a hora que a tiraram dali e mandaram para a casa de repouso, bateu um desespero nele (no filho da idosa) e ele foi buscá-la [...] eu tento ver o lado dela [...] não tenho coragem de mandá-la embora; de mandá-la para uma casa de repouso (Iara – nora, família 5).

De acordo com Nakatani et al. (2003), manter o idoso no lar deve ser encorajado, porque, ao contrário da instituição, ele pode exercer sobre o indivíduo um importante papel na conservação da sua própria identidade, favorecendo sua autonomia e independência, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Sena et al. (2000) acrescentam que a assistência ao indivíduo no domicílio favorece a humanização do cuidado.

Outro benefício da manutenção do idoso em casa, com sua família, ao invés da institucionalização, reside no fato de que pacientes mantidos no domicílio não apresentam deterioração tão severa quanto aqueles mantidos em instituições, onde costumam ser muito medicados (WALSH, 2001).

Angel et al. (2004) e Di Gioacchino et al. (2004) afirmam que conviver com a família na idade avançada e possuir um suporte social que favoreça a manutenção do idoso na comunidade podem amenizar o declínio cognitivo e funcional e conseqüentemente a probabilidade de morte a curto prazo.

Apesar do fato de as relações sociais satisfatórias parecerem promover melhores condições de saúde aos idosos, os mecanismos pelos quais este efeito é exercido ainda não são totalmente conhecidos (PINTO et al., 2006).

B – A ADAPTAÇÃO FAMILIAR PARA O CONVÍVIO COM UM IDOSO DEPENDENTE

Esta é a segunda categoria que compõe o processo de conviver com o idoso dependente, na qual são evidenciados alguns dos aspectos culturais envolvidos na vida da família que vão influenciar a forma com que ela se adapta à situação.

A adaptação familiar para o convívio com um idoso dependente engloba a compreensão da família sobre o processo de envelhecimento, a cooperação dos demais para o desempenho das tarefas do cotidiano, a valorização do idoso por parte da família e os fatores que envolvem o envelhecimento a medida que a família percebe que a vida está se esvaindo.

Relacionando-se as subcategorias que compõem esta categoria, pode-se inferir que, quando o processo de envelhecimento, apesar de natural, envolve sofrimento, ou seja, quando a família não compreende o processo, não tem apoio para desenvolver o cuidado ao idoso e não valoriza o seu ente mais velho, o convívio com a situação passa a ser mais dificultoso, e a adaptação torna-se ineficiente.

Convém ressaltar que a disfunção familiar não significa necessariamente que a família desempenhou um papel causal na deterioração do estado do idoso. Ela pode ser, em grande parte, uma conseqüência do estresse associado à doença (WALSH, 2001).

Os fatores percebidos como estressantes para a família dependem de aspectos culturais que, de acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), são permeados pelos conceitos de normalidade ou anormalidade.

Desse modo, quando as famílias têm clareza dos fatores que influenciam a velhice, quando têm diversas formas de apoio na prestação do cuidado ao idoso e quando a cultura que permeia seus valores e suas crenças permite valorizar a velhice, o convívio com o idoso

dependente passa a ser prazeroso, adotando uma perspectiva positiva, apesar de algumas dificuldades.

B.1 – A compreensão da família sobre o envelhecimento

Um aspecto que favorece a convivência com o idoso é o fato de a família compreender que o envelhecimento também traz mudanças características relacionadas ao campo da cognição e do comportamento. Essa compreensão torna o funcionamento no lar mais harmonioso, já que evita o conflito entre as gerações.

> [...] você tem que entender que a pessoa com idade já não é mais como antes. Se você compreende isso, fica mais fácil [...] às vezes o velho distorce as coisas, mas quando você entende que ele não é mais como era, e isso faz parte da velhice, aí fica mais fácil de lidar. Até você entender fica brigando com a pessoa (Gorete – filha, família 4).

Assim, essa compreensão está relacionada, intrinsecamente, com o caráter de naturalidade que os familiares denotam para a fase do envelhecimento, abordado na primeira categoria que compõe o processo.

Um fator que pode facilitar essa compreensão é a efetiva comunicação intergeracional, na qual idosos e seus familiares mais jovens são capazes de se comunicar mutuamente (GILES et al., 2003). Dependendo das normas culturais, é adotado o estilo de comunicação entre os membros da família: diálogos tradicionais ou a experiência que engloba o saber ouvir, a troca de elogios e o compartilhamento das histórias de vida.

Constatou-se que a compreensão da questão do envelhecimento e da dependência que possibilita vislumbrar a adaptação sadia ao processo, é capaz de gerar o estímulo às potencialidades e ao exercício da autonomia.

> De noite, antes de a gente ir deitar, levo um café com leite ou só leite, depende do que ele quer (Cecília – filha, família 2).

> [...] ela mesma cuida do dinheirinho dela. Ela é quem comanda: o dinheiro dela é dela, então ela compra os cremes dela, os perfumes [...] olha as unhas dela que beleza: vem a moça fazer de quinze em quinze dias (Eliana – filha, família 3).

> Às vezes ela não quer ir à casa da minha irmã, aí minha irmã fica aqui com ela. Mas ela também gosta de ir lá porque a minha irmã sai, aí ela vai de carro para a casa dos netos, das amigas. Ela gosta de passear; quem não gosta, né? (Eliana – filha, família 3).

A autonomia, assim como a independência, relaciona-se com o envelhecimento sadio. Portanto, de acordo com Pires e Silva (2001), enquanto os mais velhos se mantiverem mais autônomos, as dificuldades serão minimizadas, tanto para o próprio idoso como para a família, visto que melhora a qualidade de vida do grupo familiar.

Já a realização de atividades por parte do idoso é estimulada nos momentos em que a família reconhece o caráter parcial da dependência do idoso e estimula-o a desenvolver suas potencialidades, buscando auxiliá-lo nas tarefas mais dificultosas do dia-a-dia.

> Eu faço a comida de dia, separo a dele e aí ele come. Comer ele come sozinho [...] fico espiando ele vestir a calça, a blusa, eu deixo se vestir sozinho porque ele consegue, né? (Cecília – filha, família 2).

> [...] eu só varro porque ela não consegue varrer, né? Porque é um serviço mais pesado, né? [...] ela toma banho sozinha, sentadinha na cadeira. Eu a coloco lá e ela toma banho sozinha, só tem que ficar de olho. Ela lava a roupinha íntima dela porque ela não gosta que eu lave. A roupa mais pesada eu lavo, mas a roupinha dela que troca todo dia ela lava, lá fora, sentadinha (Eliana – filha, família 3).

> Precisa ajudar no banho, mas só quando ela quer lavar a cabeça, porque o que ela consegue fazer a gente deixa, né? (Gorete – filha, família 4).

Com base nos discursos apresentados, pôde-se perceber que a manutenção da autonomia e da independência do idoso é reconhecida pelas famílias como benéfica ao envelhecimento saudável. Em alguns casos, inclusive, a dependência parcial do idoso é relatada como "independência" pela família, para a realização de determinadas atividades.

> Eu acho que a minha mãe é uma velha bem independente porque ela levanta, põe o lixo dela lá fora, arruma a cama dela; só o cobertor que ela não dobra, porque é pesado. Se ela consegue andar com o andador, nem que demore mais, a gente deixa, ao invés de carregá-la de um lado para o outro (Gorete – filha, família 4).

Pires e Silva (2001) recomendam que, com o processo de envelhecimento e conseqüente perda de alguns papéis, é benéfico que o idoso mantenha atividades para preencher o seu tempo livre e que a família permita que o idoso execute as atividades possíveis.

Essa atitude da família de estimular as potencialidades das pessoas mais velhas é essencial para a manutenção da melhor qualidade de vida, já que, para os idosos, a saúde relaciona-se diretamente com sua independência, ou seja, sua capacidade para realizar tarefas, mesmo que apresentem dificuldades impostas pelas limitações físicas.

Avlund et al. (2004), em estudo que buscou analisar a vinculação entre relacionamento social e grau de incapacidades, constataram que, quanto maior o estímulo para manter a diversidade das relações sociais, melhor era a manutenção da capacidade funcional entre idosos, concluindo que as relações sociais também contribuem para reduzir o risco de ocorrência de incapacidades e promove, portanto, o desenvolvimento de potencialidades.

Além disso, Naranjo et al. (2001) afirmam que os idosos sentem-se satisfeitos em poder ajudar na manutenção do lar, por meio do desenvolvimento das atividades que são capazes de realizar.

Em contrapartida, em alguns momentos, os familiares não concebiam o processo de envelhecimento como possível desencadeador de alterações fisiológicas, funcionais, cognitivas e comportamentais.

> [...] O meu pai vai lá (hospital universitário) e aceita tudo, não entende as coisas direito e não pergunta [...] Eu acho que o meu pai sofre mais porque parece que não entende muito assim o que acontece e aí ele fica inquieto, sem paciência (Ana – filha, família 1).

> [...] tem que dar o banho, dar comida. Mas ela anda! Nós já fomos lá na faculdade, fizemos todos os exames e ela não tem nada: não tem esclerose, não tem pressão alta, não tem colesterol. Ela tem a felicidade de ter saúde (Iara – nora, família 5).

Para algumas famílias, é difícil conceber sintomas e sinais subjetivos, como as alterações cognitivas e comportamentais, como indicativos de uma desordem clínica no organismo, pois, de acordo com Helman (1994), a saúde, é comumente detectada considerando-se a referência de determinados parâmetros. Desse modo, alterações indicativas de qualquer doença, deveriam ser

constatadas por meio de exames clínicos ou laboratoriais; quando isso não acontece, então a alteração não é percebida como doença.

Entretanto, nesta compreensão sobre o envelhecimento, as alterações comportamentais, apesar de não serem significadas como doenças pelas famílias estudadas, são percebidas como sinônimo de anormalidade, conforme constata-se no discurso abaixo.

> A minha sogra é uma pessoa muito difícil [...] ela tem o gênio muito forte [...] É malcriada, sem educação [...] ela fazia cada coisa que a gente pensava: "Não é possível uma *pessoa normal* fazer isso" [...] ela arrancou a fralda e picou tudo, espalhou pelo quarto inteiro, fez xixi no ralo (Iara – nora, família 5).

Nessa perspectiva, o familiar pode simplesmente ver o idoso como sendo uma pessoa "anormal", de difícil convivência, o que contribui para o desgaste de seu papel de cuidador, provocando certo nível de ansiedade e adoção de formas ineficazes de enfrentamento de dificuldades. Naranjo et al. (2001) reforçam que, muitas vezes, o idoso é percebido como uma pessoa "difícil" pelos que os rodeiam em decorrência dos aspectos socioculturais que influenciam a vida familiar.

Em uma das famílias estudadas (família 5), parece que a cuidadora do idoso não estava esclarecida de maneira clara sobre a doença de Alzheimer, hipótese de diagnóstico médico para a qual a idosa estava sendo investigada no hospital universitário, segundo a equipe do PSF.

> [...] ela "dava uma de doente". Então eu não entendo o que acontece. É como se tivesse caído numa depressão, o médico acha, mas eu não sei não se ela não faz isso de propósito, só para ser dependente (Iara – nora, família 5).

Nesse sentido, Walsh (2001) menciona que a falta de entendimento sobre a abrangência do fenômeno da velhice é ainda mais prejudicada quando há a ausência de uma adequada orientação em relação à manutenção do idoso em casa, bem como sobre a resolução de problemas, aumentando a confusão, a frustração e o desamparo de toda a família (WALSH, 2001).

Essa confusão pode estar refletida na crença de que, para a família, existe a percepção de que "o idoso é como criança". Seu comportamento é comparado ao de uma criança, quando a família não compreende a razão de certas ações ou quando as julga "infantis".

> Tem hora que eu acho que eles se tornam crianças. Ele me chama umas 500 vezes e as 500 vezes que venho aqui ele fala assim: "não filha, não é nada não, é só uma coisa que eu queria perguntar" [...] ele pega um passarinho dele e tira da gaiola. E põe em outra. E desmonta a gaiola. E monta de novo. E põe o passarinho lá de novo. Entendeu? Olha aquela caixinha ali com ele. Ele já desmontou 500 vezes aquela caixinha. (Cecília – filha, família 2).

> Sabe quando você pega uma criança assim e leva lá no banheiro? Então, era ela: chorando no banheiro. A água do chuveiro caía e ela chorando no banheiro [...] e ela é teimosa. Às vezes ela está sentada comendo e levanta só de meias para o chão; fica andando de meia, você acredita? Ela sabe que escorrega, mas é que nem uma criança teimosa. (Eliana – filha, família 3).

> Ela não é tão dependente, mas ela "quer" ser dependente, como uma criança: ela quer a gente o tempo todo ali, ela parece que gosta de ver a gente presa o tempo todo (Iara – nora, família 5).

Essa percepção de que os idosos parecem crianças pode ser constatada, inclusive, a partir das falas infantilizadas que os familiares adotam quando se referem a eles.

> Depois do banho ela entra aí no *quartinho* dela e sai toda cheirosa. Não sei como ela não passou o *batonzinho* hoje. Ela toma o *banhozinho* dela, ela arruma o *quartinho* dela, faz a *caminha* dela. (Eliana – filha, família 3).

Cabe ressaltar que, em uma família que enfrenta a situação do envelhecimento e da dependência de forma saudável, o manejo do incremento das necessidades em função da dependência dos pais que estão envelhecendo, não deve envolver uma reversão de papel: o filho, mesmo apoiando instrumental e emocionalmente seus pais, deve permanecer no relacionamento de filho em relação ao progenitor, e não se tornar um progenitor para seu pai ou sua mãe (WALSH, 2001).

Outra crença advinda da falta de compreensão sobre o processo de envelhecimento é a de que "o idoso é incapaz" para a realização de toda ou qualquer atividade.

O idoso, mesmo apresentando possíveis incapacidades para o desempenho de algumas funções, quer exercer ao máximo sua independência para as outras. No entanto, algumas vezes, a família tem dificuldade em aceitar que o fato de o idoso ser dependente para a realização de algumas tarefas não significa que ele não seja capaz de desempenhar outras.

> [...] nos dias que ela ficou doente aí, minha nossa, eu fiquei apavorada. Não foi fácil: ela me xingava porque eu levava comida para ela na cama (Eliana – filha, família 3).

> Eu durmo bem, como bem. Tem gente que fala: “estou com azia”, mas eu não tenho nada disso não. Meu problema é só nas pernas [...] eu fiquei brava porque ela queria dar comida na minha boca (D. Fátima – idosa, família 3).

> Um dia eu dormi e não tinha nada; aí eu acordei e parecia que tinha um “grãozinho de arroz” aqui, por baixo da pele, dando aquela “ferroada”. Só por isso ela (a filha) já foi dar banho em mim e já queria por fralda! (D. Fátima – idosa, família 3).

Esse comportamento da família, de só focalizar as fragilidades dos idosos tratando-os como incompetentes, pode contribuir para que os adultos idosos desistam de realizar as atividades e se tornem totalmente dependentes da geração subseqüente (WHIGHT; LEAHEY, 2002).

Dessa forma, pode-se afirmar que, quando as famílias estudadas não compreendiam o processo de envelhecimento, elas não estimulavam o exercício de escolha e a tomada de decisão, fatores que podem favorecer a falta de atividade e conseqüente isolamento social do idoso.

> As filhas dela tiraram o dinheiro dela [...] ela era uma pessoa que gostava de comprar seus presentes. Ela sempre guardou o dinheirinho dela [...] então, eu acho que o que aconteceu que foi ruim foi que as filhas dela tiraram a coisa mais importante para ela: a escolha [...] não é porque a pessoa ficou velha que ela não presta mais para ir ao supermercado e comprar o que ela quer (Iara – nora, família 5).

A dificuldade de se conviver com as “perdas” características da velhice pode ser ainda mais intensificada em situações em que uma proteção exagerada da família restringe as atividades e priva o idoso de tomar suas próprias decisões (PIRES; SILVA, 2001).

De acordo com Paschoal (2005), a autonomia apresenta uma correlação direta com o envelhecer mais saudável. Quando o idoso é privado de exercer sua capacidade de decidir, pode sentir-se infeliz, adoentado, impotente e privado da possibilidade de auto-realização.

A falta de atividade, que também pode ser decorrente da falta de autonomia, foi concebida tanto pelos idosos como pelos familiares como mais um acontecimento presente no cotidiano do estágio tardio de vida difícil de aceitar.

> Ah, eu não quero ficar parada dentro de casa; eu enjôo (D. Fátima – idosa, família 3).

> Ela fala assim: "Ah, é duro eu ficar sem fazer nada, pelo menos eu lavo a minha roupinha" (Eliana – filha, família 3).

> Quem não gosta de uma conversa? Porque só ficar aqui, dentro de casa, todo dia, todo dia, todo dia, cansa, né? Tem que sair com ele de vez em quando (Daniel – genro, família 2).

Essa inatividade pode ser mais evidenciada com a chegada da aposentadoria. Segundo Mercadante (2005), culturalmente, o afastamento do idoso do sistema do trabalho pode definir o "ser velho" com uma conotação de improdutividade. Esse significado, aliado à ausência de papéis sociais a serem desempenhados e à inexistência de novos planos e objetivos de vida, podem criar barreiras para que o idoso participe de tantas outras tarefas e possibilidades das dimensões da vida social e, de acordo com Ferrari (2005) e Naranjo et al. (2001), são fatores que podem desencadear o processo de isolamento ou adaptação social ineficaz.

Além desse prejuízo social, Rosa et al. (2003), em estudo que objetivou investigar fatores que influenciavam a capacidade funcional em idosos, constataram que o fato de eles não

visitarem amigos e parentes associa-se com um grau de dependência classificado de moderado a grave.

B.2 – A cooperação dos demais

Outra questão que favorece o enfrentamento sadio do envelhecimento com dependência é o fato de os familiares que cuidam mais diretamente do idoso, por vezes, encontrarem outros familiares para dividirem seu papel, amenizando o possível desgaste e a sobrecarga do cuidador.

> Quando ela tem que sair, a minha irmã que tem carro vem buscar [...] para levar a minha mãe ao médico, é ela quem leva. Quando é para receber o pagamento, é minha irmã quem recebe e dá na mãozinha dela [...] às vezes, quando a minha filha está aqui, também acaba levando ao médico, mas é mais a minha irmã mesmo (Eliana – filha, família 3).

> O mais novo de todos (os filhos) vem aqui de sábado para levá-la para passear, comprar bolacha. O outro (filho) ajuda a comprar os remédios dela e a gente vai levando. [...] aqui em casa eu também tenho a Geci (neta) que me ajuda bastante: fica com a minha mãe, com as crianças. A Helena (neta) ajuda também quando dá porque ela trabalha fora, então não é sempre que dá. (Gorete – filha, família 4).

> [...] tem uma filha que mora em São Paulo que vem uma vez por mês e toda vez que vem ela traz fralda, porque gasta bastante, né? [...] as coisas da casa eu divido com a empregada. Ela começou a trabalhar aqui na mesma época em que minha sogra veio para cá. Ela trabalha direitinho (Iara – nora, família 5).

Sena et al. (2000) evidenciaram em investigação sobre cuidadores que, em famílias que buscam um modo saudável de conviver com um de seus integrantes acometidos por uma doença, os familiares responsáveis pelo cuidado direto consideram importante o envolvimento de outros membros da família e têm consciência de que sua presença é importante na recuperação e na manutenção da saúde de seu ente.

Em diversas culturas, a expectativa é que os membros da família, e não somente o cuidador principal, promovam suporte instrumental e social ao seu ente idoso (GILES et al., 2003). Isto poderia ser explicado pela responsabilidade do grupo em cuidar de seus entes, regra embutida no cotidiano familiar e que ajuda a prover sentido à experiência (HELMAN, 1994).

Na tarefa de cuidar, é importante que o enfermeiro ajude os membros da família a se alinhem no sentido de oferecerem suporte um ao outro na experiência de conviver com o envelhecimento e a dependência.

Entretanto, muitas vezes, o principal cuidador não encontra outros familiares para dividir a responsabilidade de dispensar cuidados ao seu ente idoso dependente dos demais para a realização de tarefas da vida diária.

> Eu sou filha única então eu que tenho que me virar porque o meu pai já tem idade e é mais estressado, então "sobra" tudo para mim (Ana – filha, família 1).

> De resto não dá para contar com ninguém porque se ele fica doente aqui, o que adianta avisar? Ninguém vem, a gente é que tem que se virar (Daniel – genro, família 2).

> Ainda no ano passado a gente a levou para viajar, mas esse ano é o primeiro ano que eu estou me vendo obrigada a passar as férias dentro de casa porque eu não encontrei

> ninguém que colaborasse e dissesse: “Eu fico aqui com ela para você poder descansar” (Iara – nora, família 5).

O fato de os cuidadores familiares de pessoas que têm sua independência prejudicada para a realização de tarefas da vida diária não possuírem ajuda dos demais familiares já é bastante descrito na literatura nacional (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; SILVA; BOCCHI, 2005; BOCCHI, 2004; SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004; KARSCH, 2003).

Uma situação de dependência pressupõe que, em casa, alguém assuma a função de cuidador principal. Para Karsch (2003), trata-se da pessoa que chama a si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o idoso não tem mais possibilidade de realizar.

Constatou-se ainda que, no presente estudo, o familiar cuidador pode acreditar que detém certo poder diante do fato de ser o principal cuidador. Essa postura do cuidador se reflete na crença de que o idoso requer somente a sua presença ou que está sujeito somente às suas ordens.

> Ah, enquanto eu não chego (da casa da outra filha do idoso) para buscá-lo, a minha irmã fala assim que ele fica toda hora perguntando (por mim), porque sou eu mesma que cuido dele: é sonda, é tudo (Cecília – filha, família 2).

> Eu entro uma hora mais tarde para dar o banho nela de manhã, dar as coisas para ela comer de manhã, então eu tenho que fazer a minha hora de almoço de manhã porque ela me obedece mais do que à empregada. Com a empregada ela não come, não bebe, não quer tomar banho, não quer nada (Iara – nora, família 5).

> [...] a gente foi percebendo que ela era muito anti-higiênica e então a gente não quis mais que ela fizesse as coisas. Aí eu fui conversando com ela, usando a psicologia, né? Que

> eu mesma gostaria de fazer as minhas coisas na cozinha, já que eu já tinha ficado fora o dia todo. Aí ela parou de fazer as coisas da cozinha (Iara – nora, família5).

Assim, na alternativa informal de assistência à saúde, também há uma definição clara de quem é o paciente e quem tem a responsabilidade do cuidado (HELMAN, 1994).

Uma possível explicação para a manutenção da postura de poder do cuidador seria, de acordo com Walsh (2001), que o familiar pode utilizar o papel de cuidador e o foco na doença do outro para evitar a sua própria vulnerabilidade, ansiedade ou desejo de ser dependente de cuidado.

Com isso, pôde-se constatar que, quando o familiar não possuía auxílio para o desempenho do cuidado ao idoso, por não encontrar outros familiares que o ajudem ou pelo fato de o cuidador acreditar que só ele é capaz de desempenhar esse papel, ele sentia-se sem liberdade, o que contribui para acentuar a sobrecarga gerada pelo cuidado, caracterizando uma forma não saudável de enfrentamento da situação.

> Então, eu não tenho assim aquela liberdade para sair que nem antes, para trabalhar. O meu dia agora é cheio de compromisso, de horário: é hora marcada para alimentação, é hora marcada para remédio, para tudo (Ana – filha, família 1).

> Não é fácil conviver não, não é fácil. Primeiro porque você tem sua vida, você tem que deixar a sua liberdade, a sua vida de lado [...] eu podia sair, podia passear, podia viajar. Hoje eu me vejo dentro de casa sem poder sair [...] cada ano que passa, eu percebo que vou perdendo mais a minha liberdade e a da minha família e vou me sentindo mais presa (Iara – nora, família 5).

> A gente está se doando: eu e o meu marido, a gente se doa para ela. É uma doação da nossa vida; nós abrimos mão de tudo [...] o dia em que a empregada não vem eu tenho que perder um dia de serviço [...] não posso sair um dia para almoçar fora, não posso nada (Iara – nora, família 5).

Essa perda de liberdade, a partir da qual a família se reorganiza e alguém se vê obrigado a deixar de executar suas tarefas pessoais, domésticas e sociais, ou parte delas, para assumir o papel de cuidador, também é descrita por Karsch (2003), que ainda acrescenta que este processo é influenciado por alterações inevitáveis, que envolvem afeto, finanças e relações de poder.

Assim, segundo Sena et al. (2000), para muitos familiares, cuidar pode exigir muito mais que tempo, carinho e disponibilidade; pode exigir a abnegação de sua própria vida.

Por essa razão, Karsch (2003) menciona que os cuidadores devem ser considerados doentes em potencial, uma vez que sua capacidade funcional também encontra-se constantemente em risco, pela sobrecarga advinda do cuidado, fato este que deve redobrar a atenção dos enfermeiros que trabalham com famílias.

Além disso, essa sobrecarga, além de gerar desgaste sobre a saúde geral e conseqüentemente sobre a vitalidade do cuidador, também exerce forte influência sobre sua saúde mental, o que pode ser constatado por meio de sintomas depressivos (SHERWOOD et al., 2005; MORIMOTO; SCHREINER; ASANO, 2003).

B.3 – A valorização do idoso

O fato de o viver em família ser permeado por aspectos culturais que permitem que o idoso seja valorizado contribui para a adaptação ao processo de forma eficaz.

Neste estudo, esta valorização esteve refletida na crença de que o idoso constitui a prioridade na família, ou seja, as tarefas e as atividades realizadas na casa consideram o critério de que o idoso tem precedência sobre os demais. As atividades que não estão relacionadas a ele, ao contrário, têm importância secundária.

> Se eu fizer o café de manhãzinha eu não penso: "vou tomar meu café cedinho". Primeiro eu dou para o meu pai e depois eu tomo. Quando o almoço fica pronto, eu tiro a comida dele primeiro e depois os outros pegam. Se a gente vai fazer uma viagem, a gente logo quer que ele vá e o lugarzinho dele já é o da frente (Cecília – filha, família 2).

> Eu pedi para os meus sobrinhos ficarem aqui em casa para cuidar dele. Mas eu disse assim: "olha, não importa a casa, o que importa é vocês olharem ele para mim e dar atenção também". Com a casa a gente se vira depois, né, o que importa é ele [...] ele é a minha prioridade nesse momento (Cecília – filha, família 2).

Também foram evidenciadas situações em que o envelhecimento assumia caráter positivo quando a experiência e o conhecimento de vida eram considerados e reconhecidos pela família.

> Ah, como eu vou te explicar? É uma coisa natural da vida, uma conseqüência da vida. A gente ganha muito com ela: bastante experiência vem com a velhice [...] Não tem como ser evitada; um dia a gente envelhece e isso é lógico (Gorete – filha, família 4).

De fato, mesmo quando os membros da geração mais velha estão muito debilitados, deve-se considerar que os pais têm muitos anos de experiência extra, portanto, maior riqueza biográfica, permanecendo como modelos para as gerações seguintes (LEME; SILVA, 2005; CARTER; McGOLDRICK, 2001).

Nesse sentido, convém ressaltar que valores religiosos e filosóficos certamente também desempenham um importante papel na valorização dos indivíduos idosos nas diferentes sociedades.

As pessoas idosas são provenientes de uma época na qual o cuidado aos doentes era dado como "ponto de honra", pela própria família e essa situação de valorização permaneceu e permanece no consciente ou no subconsciente da maioria dos idosos (LEME; SILVA, 2005).

Pôde-se verificar que o valor moral exerceu influência sobre o significado do cuidado ao idoso. Isso porque, moralmente, o cuidado à geração mais velha pela mais nova tem um caráter de naturalidade, visto que um dia a situação inversa também aconteceu e que futuramente esta geração, possivelmente carecerá de cuidados dispensados por seus filhos.

> [...] precisa por isso na cabeça: hoje é um dia, amanhã é outro. Quem sabe o dia de amanhã? Ninguém sabe como vai ser... (Daniel – genro, família 2).

> Eu acho normal (cuidar). É a minha mãe, mas se fosse o meu pai, eu também cuidava [...] a gente tem que cuidar, né? Foram eles que me colocaram no mundo, me criaram, me educaram bem, fizeram o que puderam e hoje sou eu quem cuida da minha mãe. E se o meu pai um dia precisar eu também cuido (Ana – filha, família 1).

Este valor moral também foi evidenciado em outras pesquisas que analisaram a percepção de familiares sobre o cuidado, nas quais evidenciou-se que, para os familiares cuidadores, o cuidar também é visto como uma obrigação, fruto da responsabilidade filial para com os pais (GILES et al., 2003; SENA et al., 2000).

Esse valor não se restringe apenas ao contexto familiar; conforme recorda Genofre (2002), ele também se encontra embutido nas leis brasileiras, por meio do artigo 229 da Carta Maior de

1988, “os filhos maiores têm o dever de ajudar a amparar os pais na velhice, carência e enfermidade”.

Baldessin (2005) ressalta que a Bíblia Sagrada também preconiza que os anciãos devem ser honrados, conforme verifica-se na seguinte passagem: “Filho, ampara teu pai na velhice e não o deixes em nenhum dia de sua vida. Mesmo se a inteligência lhe for faltando, sê indulgente com ele, e não o ultraje nunca durante tua vida, enquanto estás na plenitude do vigor” (Eclesiástico 3, 12-13).

Assim, amparada pelos valores, a maior expectativa em relação à família é que ela produza cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros (CARVALHO, 2002).

Esta expectativa é definida por Carvalho (2002) como solidariedade familiar e só pode ser exigida a partir do entendimento de que a família necessita proteção para processar proteção.

Para Silva e Bocchi (2005), a solidariedade favorece a saúde do grupo familiar, revelando-se como um sentimento despertado na família pela relação de responsabilidade entre pessoas unidas por laços de afetividade e determinando o apoio a seus membros.

Assim, constatou-se que, quando a família encontra um significado, um sentido, para o cuidado às pessoas mais velhas, essa tarefa é realizada com prazer e satisfação, e não é percebida simplesmente como um encargo ou compromisso.

> Eu acho maravilhoso ainda tê-lo perto. Eu gosto de cuidar de pessoas idosas. Se eu pudesse abriria até um asilo, só não abro porque não tenho condição mesmo, mas se eu pudesse eu abriria porque eu acho gostoso você cuidar, dar atenção, eles precisam, né?

> [...] eu gosto de cuidar: cuido com amor, com carinho, só não faço mais porque não posso, mas faço de tudo para ele (Cecília – filha, família 2).

Em relação à satisfação que os familiares sentem em cuidar, o estudo de Sena et al. (2000) evidenciou que, quando eles se disponibilizavam para o cuidado, sentiam-se satisfeitos em serem úteis na manutenção e recuperação do ente que deles necessitava e, ainda conforme os autores, essa satisfação pessoal era decorrente dos sentimentos de bem-estar, simpatia e empatia, que sucediam da interação com o familiar que carecia cuidado.

Entretanto, pôde-se perceber no presente estudo que o prazer em cuidar também esteve refletido no excesso de zelo e preocupação por parte dos familiares, sobretudo dos principais cuidadores, mesmo que isso implicasse a perda parcial da privacidade do idoso.

> Eu só não deixo ela fechar a porta do banheiro porque aí eu consigo ver se está tudo bem, eu dou uma olhada: só tem nós duas mesmo aqui; nem precisa ficar com vergonha (Eliana – filha, família 3).

> [...] se ele vai tomar banho, eu não deixo ele ficar com a porta fechada: a porta fica aberta e eu fico de olho. Eu falo: "pode sair pelado pai, não tem ninguém aqui", aí ele sai [...] eu fico mexendo aqui com as roupas no tanque e fico espiando ele vestir a calça, a blusa (Cecília – filha, família 2).

Apesar de os familiares não terem verbalizado explicitamente a diminuição da carga do cuidador direto, neste estudo, a questão mostrou-se latente por meio dos discursos que evidenciaram a adaptação eficaz da situação de envelhecimento com dependência. Assim, pode-se inferir que a compreensão do processo por parte da família, o auxílio dos demais familiares

para cuidar do idoso e a valorização do envelhecimento, que permite significar o cuidado, são fatores que contribuem para minimizar a carga do cuidador, fazendo com que os familiares percebam a experiência de cuidar de seu idoso com prazer e satisfação.

Entretanto, ainda em relação à valorização do idoso, Carter e McGoldrick (2001) afirmam que poucas são as visões que fornecem uma perspectiva positiva para um ajustamento sadio da velhice dentro do contexto familiar e social e, em alguns momentos desta pesquisa, os familiares entendiam que essa depreciação estava relacionada ao caráter de inutilidade do envelhecimento, sobretudo por parte dos membros mais jovens da família.

> Olha, família é assim mesmo: quando a pessoa fica velha, para eles não tem mais valia (Cecília – filha, família 2).

> Mas sabe o que é mais duro para mim? É assim: parece que só porque a pessoa não está sendo mais útil... (Gorete – filha, família 4).

Para Baldessin (2005), antigamente, era natural que os idosos fossem tratados com respeito, o que era reforçado pelo fato de estarem em posição de superioridade em relação aos jovens, graças à experiência e à maior bagagem de conhecimentos.

Atualmente, em diversas culturas, a desvalorização do idoso pode ser explicada pelo fato de a inutilidade estar relacionada à improdutividade, visto que, em nossa sociedade, o sistema de trabalho - a produção, é altamente valorizado (MERCADANTE, 2005). Essa característica é corroborada por Sodei (2004), quando afirma que, em países ocidentais, aceita-se extensamente que a desvalorização das pessoas mais velhas se deve à modernização e à urbanização das cidades.

No entanto, apesar das evidências da existência da imagem positiva do idoso em países do oriente (SODEI, 2004), Giles et al. (2003) também apontam a ocorrência de estereótipos negativos sobre a velhice nesses países, como: atribuição de declínio físico, insegurança material e empobrecimento das relações intergeracionais. Também sugerem que, em países do oriente, os idosos podem ser, inconscientemente, "vítimas crônicas da industrialização, da urbanização e do sucesso econômico da sociedade asiática".

Desse modo, com a aposentadoria e a conseqüente perda do trabalho, ocorre também a perda do papel social do indivíduo, como o de provedor do sustento de sua família e, com isso, há a interpretação de o idoso não se considerar mais necessário aos outros e a família também pode vê-lo assim.

Essa desvalorização da velhice não se vê refletida apenas na família, mas segundo Genofre (2002), também nas leis brasileiras, nas quais, segundo o autor, os idosos foram marginalizados durante muito tempo, precisamente em Constituições brasileiras anteriores à atual.

Culturalmente, o próprio termo "velho" denota um caráter negativo. Assim, no final da década de 70, começa a surgir o termo "terceira idade", em contraposição ao aspecto decadente relacionado ao envelhecimento. O termo "terceira idade" fica então com a conotação de que não se é "velho" ainda e que se tem uma idade mais ativa (LEIBING, 2005).

Essa desvalorização do idoso, ou seja, a visão de que ele se encontra à margem da sociedade, pode impulsionar a ocorrência da solidão e do abandono por parte dos demais familiares.

> Aí ele reclama que não pode ir aos lugares e as pessoas não vêm visitar [...] a família, os amigos. Eles deveriam vir mais aqui, né? Esse é o meu ponto de vista: eles deveriam vir

> aqui para conversar com ele, trocar umas idéias [...] eles (familiares) têm que entender que não é porque está velho significa que já está morto e não é porque é novo, não tem que dar atenção para o velho (Daniel – genro, família 2).

> Eu acho que se a pessoa está em um lugar e não tem condições de ficar saindo, ela quer que os outros venham fazer uma visita. Sabe, a minha mãe tem um filho, um irmão meu que não a vê há quatro anos! Então, eu acho que o mais duro é a solidão [...] de tristeza e de abandono se morre (Gorete – filha, família 4).

> Aqui em casa você não vê muito os outros lá com ela [...] meus filhos, por exemplo. Eles não chegam lá e "Olha vó, toma aqui um copo de água". Eu reparo isso. Aqui dentro da minha casa eu vejo isso [...] ela tem uma filha que mora em São Manuel que até vem visitar, mas muito pouco [...], mas tem uma daqui que nem aparece (Iara – nora, família 5).

As famílias deste estudo acreditam que um dos maiores desafios do envelhecimento seja conviver com o isolamento que é imposto ao idoso devido ao desamparo dos demais. Desse modo, há uma cobrança por parte dos familiares cuidadores no sentido de acreditarem que a geração mais nova tem o dever de visitar e dar atenção à geração mais velha, já que os idosos apresentam mais dificuldade para visitar os demais.

O enfermeiro também necessita avaliar constantemente como estão se apresentando os vínculos familiares e sociais do idoso pois, de acordo com Pessini (2004) e Walsh (2001), no estágio tardio de vida, no qual os contatos sociais e familiares muitas vezes se rompem, o sentimento de solidão pode aumentar o desejo de morte e contribuir para aumentar os índices de morte e suicídio entre idosos.

B.4 O fim da vida

Nessa fase, a religiosidade provê alívio para superar as dificuldades advindas do processo de envelhecimento com dependência e para superar o sofrimento decorrente da antecipação do luto familiar.

Desse modo, pôde-se perceber que as famílias estudadas buscavam amparo em seus preceitos religiosos e apoiavam-se na fé em Deus para transpor as vicissitudes do convívio com o idoso dependente de cuidados e para superar seu próprio sofrimento quando se deparavam com a solidão de seu ente e com a morte factível.

> Cada um tem que passar o seu "pedaço" e se tem que passar mesmo, vamos passar e ir em frente. Eu acredito muito em Deus; não sou de ficar indo à igreja não, mas me apego muito em Deus (Ana – filha, família 1).

> E me dói ver que a minha mãe tem solidão. Me dói muito, eu peço a Deus para não deixá-la sofrer; e peço por mim também porque não é fácil (Gorete – filha, família 4).

> Eu sei que nós estamos aqui de passagem, mas essa passagem é muito triste, né? Eu rezo muito e quando posso vou à igreja, para dar um conforto, né? Porque não é fácil ficar pensando (Cecília – filha, família 2).

O sofrimento da perda de um ente não pode ser constatado por meio de evidências objetivas. Por esse motivo, de acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), seu tratamento é relegado à ordem da subjetividade e visto como tema da religião.

Desse modo, o amparo que a família recebe por parte de entidades religiosas e igrejas faz parte da estratégia de tratamento que a família busca na sua alternativa informal de assistência à saúde.

O buscar apoio na fé também foi uma estratégia adotada por famílias de outros estudos para reunir forças e conviver com uma experiência que envolve a doença ou a morte de um familiar (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; SILVA; BOCCHI, 2005; PIRES; SILVA, 2001).

Para Vitale (2002), a espiritualidade pode ser considerada um dos legados transmitidos de geração mais velha para a geração subseqüente da família.

De acordo com Baldessin (2005), ela tem um papel importante para o enfrentamento das dificuldades advindas do processo de envelhecimento, compensadas por meio do apelo à religiosidade e, ainda conforme o autor, quanto mais satisfatória for a resposta que a família tem a essa busca espiritual, mais tranqüilamente ela pode enfrentar a morte.

Além disso, Pires e Silva (2001) acrescentam que a religiosidade é capaz de promover o crescimento pessoal, visto que pode favorecer o convívio com a solidão e a dependência, propiciando sentimentos positivos no estágio tardio de vida.

No entanto, em alguns momentos, as famílias deste estudo e o próprio idoso acreditavam que, a partir do momento em que a doença e suas complicações fossem tratadas, a morte poderia se tornar mais distante. Essa confiança permanecia, mesmo que se cogitasse a possibilidade de a vida estar se esvaindo. Nesse sentido, a família fazia tudo o que estava ao seu alcance para prolongar a vida de seu ente.

> O médico falou assim para mim que a velhice não mata ninguém. O que mata é a doença que não tem tratamento, é isso que mata (D. Fátima – idosa, família 3).

> Eu quero que Deus o deixe (idoso) aqui mais um pouquinho [...] peço a Deus para deixá-lo mais um pouco aqui comigo (Cecília – filha, família 2).

> Eu sei que é para o bem dela (o tratamento). Se ela não fizer vai ser pior. Ninguém morre de hemodiálise, morre de complicação. Se ela não tivesse fazendo eu acho que ela já teria... você sabe, acho que não ia agüentar tanto tempo (Ana – filha, família 1).

Silva e Bocchi (2005) constataram, em estudo com familiares de adultos e idosos hospitalizados, que a luta em favor da vida fazia com que a família mantivesse acesa a possibilidade de recuperação de seu ente por meio do tratamento prescrito pela equipe de saúde.

Entretanto, para alguns familiares deste estudo, o tratamento deveria ser interrompido, visto que, nesse momento, só estaria prolongando o sofrimento, tanto o da família, como o do idoso.

> Ele (o esposo da idosa) acha que é muito sofrimento tanto para mim quanto para ela; acha que não tinha necessidade disso porque para ele é só adiar um pouco o que pode acontecer (Ana – filha, família 1).

Também pôde-se perceber que a família estava consciente de que a morte é factível, apesar de verbalizarem o acontecimento de forma velada: a palavra morte não era dita em nenhum momento, possivelmente, numa tentativa inconsciente de afastar sua iminência. Ainda constatou-se que os familiares pensavam no assunto e buscavam antever como seria a vida quando não tivessem mais o seu ente próximo e, para eles, cogitar a possibilidade da morte poderia ser um fator para explicar o fato de outros familiares permanecerem afastados de seu ente.

> Não é fácil ver a pessoa que sempre cuidou de todo mundo assim... (Gorete – filha, família 4).

> [...] não é fácil ficar pensando [...] eu já sinto (silêncio). Eu falo para o meu marido que para mim vai ficar um vazio tão grande, acho que não vai mais ter sentido [...], mas às vezes eu levanto e tenho medo, a gente não sabe, né, quando pode acontecer... Aí eu chego bem perto dele e fico escutando se ele está respirando, eu "checo", entende, mesmo quando ele está bem. (Cecília – filha, família 2).

> Tem cada situação que a gente vê aí dos velhinhos, a família toda abandona. Eu não sei se é por medo, assim, de ver a pessoa envelhecer e... (Geci – neta, família 4).

O sistema de crenças, parte integrante da cultura de uma sociedade, influencia o modo como as famílias encaram e respondem à morte. De acordo com Baldessin (2005), na cultura ocidental, é característico que a morte seja excluída dos pensamentos das pessoas pelo tempo mais longo possível, comportamento que poderia justificar o fato de as famílias não verbalizarem a palavra morte.

Apesar de o processo de morrer ser parte integrante da vida e poder ocorrer em qualquer fase do ciclo vital, ela normalmente sucede à velhice, portanto, não há como considerar a velhice sem que seja abrangida a idéia da morte.

O processo pelo qual as famílias antecipam perdas futuras, vivência encontrada nas famílias desse estudo, envolve sentimentos como ansiedade, solidão, tristeza, desapontamento, exaustão e desespero e pode ser tão perturbador e doloroso quanto a morte efetiva de um de seus membros (ROLLAND, 1998).

Entretanto, de acordo com Walsh (2001), a negação, o silêncio e o segredo costumam favorecer um ajustamento disfuncional à morte.

No estágio tardio de vida, os familiares deveriam buscar o equilíbrio entre o senso de integridade e o desespero com relação à aceitação da morte. Talvez essa seja realmente a tarefa mais difícil desta fase, contudo, deve envolver o luto compartilhado e uma reorganização do sistema familiar, para que haja um ajustamento saudável (WALSH, 2001).

Para finalizar esta discussão, é possível afirmar que os aspectos culturais que envolvem o processo de envelhecimento com dependência podem ser compreendidos a partir da apreensão do significado que as famílias atribuem à experiência.

Partindo do pressuposto que a concepção que as famílias possuem sobre este processo vai influenciar o cuidado ao ente idoso, o conhecimento do universo cultural consiste em um instrumento importante para respaldar a atuação do enfermeiro, sobretudo em relação à adesão às medidas de manutenção e recuperação da saúde do grupo familiar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os quadros teórico e metodológico utilizados neste estudo permitiram identificar os aspectos culturais que orientam o convívio com o idoso dependente, sob a perspectiva do grupo familiar.

A importância de uma abordagem que privilegia as questões socioculturais do indivíduo e sua família nas pesquisas sobre o envelhecimento, como é o caso dos estudos etnográficos, reside no fato de que, apesar de os dados demográficos justificarem a reformulação de políticas públicas junto à população idosa, não são suficientes para revelar a complexidade do fenômeno da velhice.

Os estudos antropológicos já forneceram importantes subsídios para respaldar a abordagem das questões relacionadas à saúde do idoso. Um deles refere-se aos trabalhos realizados nas sociedades orientais, que tornaram conhecidas as imagens positivas sobre a velhice, ressaltando que a representação da velhice como sinônimo de deterioração e perda não é universal (SODEI, 2004; UCHÔA, 2003).

A presente pesquisa, respaldada por pressupostos da etnografia, se propõe a trazer contribuições para o campo da enfermagem que atua especialmente no PSF, que tem como local de atuação o contexto domiciliário e comunitário, possibilitando apreender melhor a relação entre o envelhecimento com dependência e as questões culturais.

Desse modo, é importante que o enfermeiro conheça como as famílias que estão sob seus cuidados representam a saúde e a doença, pois esta concepção é que vai determinar as escolhas terapêuticas adotadas pela família, influenciando a adesão ou a não adesão ao tratamento proposto.

O trabalho no PSF ainda envolve a apreensão da família como foco da assistência à saúde, considerando a estrutura e o contexto sociocultural no qual este grupo se insere. Nesse sentido, o MCAF (WRIGHT; LEAHEY, 2002), por meio da construção do genograma e do ecomapa, permitiu obter de forma prática, além dos dados da estrutura interna da família, os elementos que

compõem a organização social do grupo, conforme preconizado pelo método etnográfico (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Assim, com este Modelo, foi possível contextualizar melhor a percepção que a família apresenta sobre o envelhecimento e a dependência. O referencial sistêmico, que considera a família como unidade de cuidado, reconhece a complexidade da relação entre a dinâmica familiar e uma problemática de saúde (GALERA, LUIS, 2002). Nessa perspectiva, a dinâmica familiar influencia a evolução do envelhecimento e da situação de dependência e estes, por sua vez, influenciam a dinâmica do grupo familiar, continuamente.

Após a categorização dos dados, buscou-se inter-relacionar as subcategorias, de modo que se chegasse às categorias que compuseram o processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar: A VELHICE E A DEPENDÊNCIA COMO EVENTOS DA VIDA e A ADAPTAÇÃO FAMILIAR PARA O CONVÍVIO COM UM IDOSO DEPENDENTE.

Para as famílias estudadas, tanto a dependência como o próprio envelhecimento são percebidos como acontecimentos inerentes à vida e dessa forma, é esperado que os idosos passem a conviver com suas famílias, em função do aparecimento de dificuldades para o desempenho das atividades do dia-a-dia, por parte dos idosos.

A partir desse momento, a adaptação familiar para o convívio com o idoso é permeada pela compreensão sobre a velhice e a situação de dependência, pelo suporte de outros familiares, pelos valores e crenças que influem sobre a valorização do idoso e pela maneira pela qual concebe o estágio final da vida.

Foram evidenciadas situações em que, a exemplo do que acontece na sociedade em geral (MERCADANTE, 2005; CERVENY, 2001), as famílias estudadas não valorizavam seus idosos e

esse foi um dos fatores que justificaram as dificuldades para a adaptação familiar no convívio com um idoso dependente.

No entanto, deve-se ter o entendimento de que essa desvalorização é uma situação constituída culturalmente e, portanto, mutável, dinâmica. O ideal é que, futuramente, essa situação realmente seja transformada, e, como visto em algumas famílias estudadas, os idosos sejam apreciados pela riqueza de seu conhecimento e sua experiência de vida, valor que dá um sentido positivo ao cuidado e ao convívio com a geração mais velha.

A partir do momento em que a dimensão positiva do envelhecimento com dependência é considerada, é possível priorizar a necessidade humana de troca mútua de sentimentos, na qual se estabelece uma reciprocidade que favorece um relacionamento terapêutico entre o idoso e a família, aliviando o sofrimento de ambos (SILVA; BOCCHI, 2005).

Acredita-se ter alcançado um avanço do conhecimento sobre o objeto do estudo, visto que ainda são poucas as pesquisas que se dedicam a abordar simultaneamente a questão do envelhecimento com dependência e o contexto cultural no qual a família se insere.

Pôde-se verificar que a família que convive com um idoso dependente se defronta com desafios, sobretudo quando a experiência envolve sofrimento e, segundo Walsh (2001), cabe a ela proporcionar laços emocionais, um senso de identidade e um senso de valor pessoal no amparo aos idosos.

No entanto, para que a família seja capaz de processar esse cuidado, ela carece cuidado profissional especializado, que considere o sofrimento e o desgaste decorrentes desse convívio.

Walsh (2001) atenta para o fato de que as famílias que convivem com um idoso vêm sendo negligenciadas pela área de saúde mental, que não tem respondido às necessidades para um ajustamento familiar saudável à velhice.

Na assistência à população que está envelhecendo, na qual o contexto domiciliar é palco de muitas ações e interações, a expectativa em relação ao papel do enfermeiro é alta, visto que este profissional tem uma reconhecida importância como provedor de cuidado aos idosos (WALLACE, 2003; SPIERS, 2002).

Assim, conhecendo a realidade cultural das famílias que convivem com um idoso dependente, devem ser empenhados esforços para promover a qualidade de vida de todo o grupo familiar, principalmente para apoiar as perdas (papéis sociais, declínio fisiológico e funcional, entre outros) e ajudar na criação de uma efetiva rede de suporte social que favoreça a manutenção do idoso na comunidade.

Os cuidados provenientes das redes de apoio (parentes, amigos, grupos religiosos) constituem uma das mais importantes redes de suporte a idosos e, por isso mesmo, de acordo com Karsch (2003), precisam ser melhor estudados.

Uchôa (2003) ressalta a importância de se considerar as questões da cultura na abordagem aos idosos e suas famílias, visto que obriga os profissionais a ampliarem seu campo de estudo para incluir a apreensão da experiência subjetiva e a interação com os diversos elementos do contexto social, constituindo esta abordagem uma ferramenta importante para o PSF e para todo o campo da saúde pública.

Sabe-se que o Programa tem se mostrado uma estratégia efetiva para a atenção primária à saúde e atua em consonância com as propostas vigentes de assistência aos idosos no país, principalmente em relação ao atendimento domiciliário, oferecendo recursos materiais e humanos para procedimentos como curativo e manutenção de tecnologias para o cuidado clínico.

Entretanto, observa-se na prática que o enfermeiro ainda necessita aprimoramento para desenvolver habilidades que permitam realizar a abordagem de famílias que convivem com idosos dependentes, já que este grupo constitui uma das prioridades no PSF.

Assim, diante da possibilidade de esta pesquisa ter desvendado parte do significado de conviver com um idoso dependente considerando os aspectos culturais das famílias estudadas, acredita-se que este trabalho poderá nortear as estratégias de abordagem às famílias de idosos dependentes, no contexto comunitário.

REFERÊNCIAS[*]

[*] ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informações e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22 p.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus.** Washington, 2001. 240p.

ANDRADE, O.G.; MARCON, S.S.; SILVA, D.M.P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.8, n.2, p.123-132, 1997.

ANDRE, M.E.D.A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 1995. 132 p.

ANGEL, J.L. et al. Can the family still cope? – Social support and health as determinants of nursing home use in the older Mexican-origin population. **Aging Health**, v.16, n.3, p.338-354, 2004.

ANGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.27-31.

ANGELO, M.; BOUSSO, R.S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília, 2001. p.14-17.

AVLUND, K. et al. Social relations as determinant of onset of disability in aging. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.38, p.85-99, 2004.

AYRES, J.R.C.M. cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-91, 2004.

BALDESSIN, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 491-498.

BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.12, n.1, p.115-121, 2004.

BOMSDORF, E. Life expectancy in Germany until 2050. **Exp. Gerontol.**, v.39, p.159-163, 2004.

BOSS, P. **Family Stress Management.** California: SAGE Publications, 1988. 160 p.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis>. Acesso em 05 jan. 2007a.

BRASIL. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002.** Complementa a Lei 8080/90. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 05 jan. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a organização da atenção básica. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual "dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências". **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 jul. 1996. Seção 1, v.134, n.128, p.12277-12279.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 773-781, 2003.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, B.; McGOLDRICK (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p.7-29.

CARVALHO, M.C.B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2002. p.15-22.

CASTRO, M.R.; VARGAS, L.A. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.329-351, 2005.

CERVENY, C.M.O. Pensando a família sistemicamente. In: CERVENY, C.M.O; BERTHOUD, C.M.E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.15-27.

COELHO, M.R.V.P. Visitando a fase última. In: CERVENY, C.M.O; BERTHOUD, C.M.E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.127-160.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1996. 117p.

COX, R.P. Systemic circularity: working with individuals for family-level change. **Journal of Psychossocial Nursing**, v.32, n.7, p.33-39, 1994.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.15-41.

DI GIOACCHINO, C.F. et al. Home care prevents cognitive and functional decline in frail elderly. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, suppl. 9, p.121-125, 2004.

DIOGO, M. J. D'E. Formação de recursos humanos na área de saúde do idoso. **Rev Latinoam. Enferm.** v.12, n.2, p. 280-2, 2004.

DONMEZ, L.; GOKKOCA, Z.; DEDEOGLU, N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center – Turkey. **Arch. Gerontol. Geriatr.,** v.40, p.213-223, 2005.

DUARTE, Y.A.O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001. p. 185-196.

DUHAMEL, F. **La santé et la familie**: une approche systémique en soins infirmiers. Montreal: Gaetan Morin Editeur, 1995.

ELSEN, I. Cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.11-24.

FARO, A.C.M. Autonomia, dependência e incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001. p.137-140.

FERRARI, M.A.C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 98-105.

FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001. p. 4-8.

FRIEDMAN, M.M. Introduction to the family. In: _____. **Family nursing**: research, theory and practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998. p.3-30.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. **Informações dos municípios paulistas**, 2005. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php.>. Acesso em: 27 jun. 2006.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; ZAGO, M.M.F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.11, n.3, p. 371-5, 2003.

GALERA, S.A.F. **Avaliação construtivista de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros.** 2002. 164p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GALERA, S.A.F; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.36, n.2, p.141-147, 2002.

GATTO, I.B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 109-113.

GENOFRE, R.M. Família: uma leitura jurídica. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez Editora, 2002. p.97-104.

GILES, H. et al. Intergenerational communication across cultures: young people's perceptions of conversations with family elders, non-family elders and same-age peers. **Cross-Cult. Gerontol.,** v.18, p.1-32, 2003.

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia análise & dados**, v.10, n.4, p.138-153, 2001.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico de 2000.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_2.shtm.>. Acesso em: 23 jun. 2006.

JACELON, C.S. Directive and supportive behaviors used by families of hospitalized older adults to affect the process of hospitalization. **Journal of Family Nursing**, v.12, n.3, p.234-250, 2006.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

KONNO, K. et al. Functional status and active life expectancy among sênior citizens in a small town in Japan. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.38, p.153-166, 2004.

LEIBING A. The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. **Aging Stud.**, v.19, p. 15-31, 2005.

LEME, L.E.G.; SILVA, P.S.C.P. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 92-97.

LEVY, S.M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: REICHEL, W. et al. **Assistência ao idoso:** aspectos clínicos do envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 15-29.

LINCOLN, Y.S. Sympathetic connections between qualitative methods and health research. **Qual. Health Res.,** v.2, p. 375-391, 1992.

MARQUES, S. **O idoso após acidente vascular cerebral:** conseqüências para a família. 2004. 165 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MAYAN, M. **Una introducción a los métodos cualitativos** - modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. International Institute for Qualitative Methodology, 2001. Disponível em: <http://www.ualberta.ca>.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 73-76.

MORIARTY, H.J. Key issues in the family research process: strategies for nurse researchers. **Adv. Nurs. Sci.,** v.12, n.3, p. 1-14, 1990.

MORIMOTO, T.; SCHREINER, A.S.; ASANO, H. Caregiver burden and health-related quality of life among japanese stroke caregivers. **Age Ageing**, v.32, n.2, p. 218-223, 2003.

MORSE, J.; RICHARDS, L. The integrity of qualitative research. In: MORSE, J.; RICHARDS, L. **Read me first for a user's guide to qualitative method.** California: Sage Publications, 2002. p. 23-41.

NAKATANI, A.Y.K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa Saúde da Família. **Rev. Eletrôn. Enferm.** (online), v.5, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 01 mai. 2006.

NARANJO, J.L.R. et al. Autonomia y validismo em la tercera edad. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v.17, n.3, p. 222-226, 2001.

NICHOLS, M.P.; SCHWARTZ, R.C. **Terapia familiar:** conceitos e métodos. Porto Alegre: Artmed, 1998. 524p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação – Relatório Mundial. Brasília: OMS, 2003. 105 p.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **La família y el sistema de las Naciones Unidas**. Disponível em: <http://www.cinu.org.mx/temas/familia.htm>. Acesso em 05 jan. 2007.

PAPALÉO NETTO, M; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 3-12.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.967-974, 2006.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 313-323.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.49-70.

PESSINI, L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 427-435.

PICCINI, R.X. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.657-667, 2006.

PINTO, J.L.G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.753-764, 2006.

PIRES, Z.R.S.; SILVA, M.J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Rev. Eletrôn. Enferm.** (online), v.3, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 01 mai. 2006.

ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 489p.

ROLLAND, J.S. Ajudando famílias com perdas antecipadas. In: WALSH, F.; McGOLDRICK, M. **Morte na família:** sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.166-186.

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

SARTI, C.A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2002. p.39-49.

SCHOUERI JUNIOR, R; RAMOS, L.R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 9-29.

SENA, R.R. et al. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. **Rev. Bras. Enferm.,** v.53, n.4, p.544-544, 2000.

SHERWOOD, P.R. et al. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. **Aging Health**, v.17, n.2, p.125-147, 2005.

SILVA, M.J.; BESSA, M.E.P.; OLIVEIRA, A.M.C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Cienc. Enferm.**, v.10, n.1, p.31-39, 2004.

SILVA, L.; BOCCHI, S.C.M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiar visitante e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.2, p.180-187, 2005.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1629-1638, 2006.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.839-847, 2003.

SIQUEIRA, R.L.; BOTELHO, M.I.V.; COELHO, F.M.G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4: 899-906, 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth - tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SODEI, T. Families in North-East Asia. **Geriatr. Gerontol. Int.,** v.4, p. 98-100, 2004.

SPARBER, J.L. Working with low-income families. In: HYMOVICH, D.P.; BARNARD, M.V. **Family health care**. New York: McGraw-Hill, 1979. p. 149-166.

SPIERS, J.A. The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse-patient interactions. **Qual. Health Res.**, v. 12, n.8, p.1033-1057, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermería psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal, 1982. 282p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.849-853, mai-jun, 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina de Botucatu. Comitê de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Botucatu: Tiponic, 1997.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.705-715, mai-jun, 2003.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000. 136 p.

VIDICH, A.J.; LYMAN, S.M. Métodos qualitativos: sua história na sociologia e na antropologia. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.49-90.

VITALE, M.A.F. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2002. p.89-96.

WALLACE, M. Is there a nursing in the house? – The role of nurses in assisted living: past, present and future. **Geriatr. Nurs.**, v.24, n.4, p.218-235, 2003.

WALSH, F. A família no estágio tardio de vida. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p.269-287.

WERNET, M.; ANGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.37, n.1, p.19-25, 2003.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002. 327 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG nº _____, consinto pelo presente participar do projeto apresentado abaixo, dentro das condições descritas.

Título do Projeto: O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar.

Pesquisadora principal: Lucía Silva.

É uma preocupação dos serviços de saúde favorecer que o paciente idoso dependente seja mantido em sua casa. Porém, sabemos que a família tem que se reestruturar diante dessa nova realidade em que ocorrem alterações na rotina diária.

A proposta deste projeto é oferecer uma oportunidade para que famílias que tenham um idoso dependente entre seus membros possam falar sobre suas vivências no cotidiano de conviver com o envelhecimento e a dependência.

Por isso, pedimos a sua colaboração no sentido de responder um questionário e verificar a possibilidade de participar de três encontros com a pesquisadora principal deste estudo. O dia e a hora destes encontros serão marcados de acordo com a disponibilidade de todos os participantes.

Esclarecemos ainda que a sua participação neste projeto é livre e espontânea. Você tem liberdade para interromper sua participação no momento que considerar necessário, sem que o atendimento no serviço de saúde seja prejudicado. Será mantido sigilo sobre a identificação dos participantes. As entrevistas serão gravadas em K7 que serão guardadas em segurança e estarão disponíveis para os participantes. As informações obtidas dos formulários e das entrevistas poderão ser utilizadas em trabalhos científicos e como material didático.

Para qualquer esclarecimento você poderá entrar em contato com a enfermeira Lucía em seu telefone (14) 81284813 ou e-mail lucia_funes@yahoo.com.br.

Botucatu, ____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do participante Lucía Silva

APÊNDICE B - Formulário sócio-demográfico aplicado a cada informante da pesquisa (individual)

Família nº: _____

Endereço e telefone: _____

Iniciais do nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Anos de aprovação escolar: _____

Ocupação: _____

Período de trabalho: _____

Renda mensal: _____

APÊNDICE C - Formulário para avaliação familiar

1) AVALIAÇÃO ESTRUTURAL (construção genograma e ecomapa).

2) AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Estágio(s) ciclo vital:

_____

_____

_____

_____

Tarefas:

_____

_____

_____

_____

Vínculos:

_____

_____

_____

_____

3) AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Funcionamento instrumental (atividades da vida diária):

_____

_____

_____

Funcionamento expressivo (comunicação, papéis, influência, crenças, alianças):

_____

_____

_____

APÊNDICE D - Roteiro para entrevista dirigida ao grupo familiar

1. Como a família vê a velhice?
2. Como é conviver com um idoso dependente em casa?
3. Quem é responsável pelos cuidados com o idoso?
4. Quais cuidados são prestados?

ANEXOS

ANEXO A

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

Ética

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 13 de setembro de 2.004

OF 452/2004-CEP
MACAH/asc

Ilustríssima Senhora
Prof.ª Drª Vânia Moreno
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Vânia

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Proposta e avaliação de uma intervenção de enfermagem junto à família que tem um idoso dependente entre seus membros", a ser conduzido por Lucia Silva, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável com recomendação, aprovado em reunião do CEP de 13/09/04.

Recomendação: Fazer constar no TCLE que a pesquisa consiste apenas em entrevistas, a fim de delimitar o consentimento.

Situação do projeto: APROVADO

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO B

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

Ética

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 09 de março de 2.006

OF.66/2006-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Sueli Ap. Frari Galera
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo.

Prezada Drª Sueli,

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que nesta data **(09/03/2006)** foi autorizada a alteração do título do projeto de pesquisa, bem como a mudança de orientador na seguinte conformidade:*

Título Anterior: Proposta e avaliação de uma intervenção de enfermagem junto á família que tem um idoso dependente entre seus membros – autor: Lucía Silva – Orientador – Profª Drª Vânia Moreno.

Título Atual: O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar – autor: Lucía Silva – Orientador: Profª Drª Sueli Ap. Frari Galera.

Projeto de Pesquisa aprovado pelo CEP da FMB em 13/09/2004.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

OBS: Tão logo o presente projeto for concluído e defendida a dissertação do mestrado, deverá ser apresentado ao CEP da FMB, relatório final de atividades.