

**MARIA LUCIA NOGUEIRA**

**APOIO E REDES SOCIAIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, da Universidade de Franca, para obtenção do grau de Mestre em Promoção de Saúde com concentração na área de Enfermagem Familiar.

Orientadora: Profa. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha.

**FRANCA**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA LUCIA NOGUEIRA

APOIO E REDES SOCIAIS NA PROMOÇÃO A SAÚDE DE IDOSOS

Orientadora: \_\_\_\_\_  
Nome: Profa. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha  
Instituição: Universidade de Franca-SP

Examinador: \_\_\_\_\_  
Nome: Prof. Dr. Manuel João Cesário de Mello Paiva Ferreira  
Instituição: Universidade de Franca-SP

Examinadora: \_\_\_\_\_  
Nome: Profa. Márcia Niituma Ogata  
Instituição: Universidade Federal de São Carlos-UFSCar-SP

Franca, 27 de Março 2008.

***DEDICO*** este trabalho aos meus pais, pela educação,  
ensinamentos e orações que me auxiliaram a vencer muitas  
etapas de minha vida;

*À minha irmã Maria Célia, por tudo que faz por mim;*

*E em especial, a José Antonio, pelo amor, incentivo e apoio;*

*E aos meus filhos que são a razão da minha luta.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela vida e pelas oportunidades a mim concedidas;

Aos Professores do Mestrado Promoção de saúde da Universidade de Franca, pelos ensinamentos, reflexões e críticas, meu agradecimento de coração;

À Profa. Dra. Semiramis Melani Melo Rocha, minha orientadora, um ser humano especial e que tive o prazer de conviver e aprender muito! Meu reconhecimento e minha eterna gratidão;

À Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata e Prof. Dr. Manuel João Cesário de Mello Paiva Ferreira que participaram da minha banca examinadora fazendo críticas e sugestões, meu respeito e admiração;

Aos meus colegas e amigos do Mestrado Promoção de Saúde, em especial a Isa Ribeiro, Alexandre Bueno, Elaine de Paula companheiros de estrada, sono e cansaço;

Ao Centro Universitário de Patos de Minas, em especial ao Diretor da Faculdade Ciências da Saúde Dr. Dirceu Deocleciano Pacheco pela atenção e apoio recebido;

À Profa. Dra. Renata Evangelista, Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas pela compreensão e incentivo;

A Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas-MG pelo apoio;

Ao Ex-Coordenador das Equipes de Saúde da Família José Henrique Borges de Andrade por compreender e valorizar a busca do conhecimento;

A todos os sujeitos da pesquisa, por terem me recebido e aberto suas casa e suas intimidades;

Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família -27 do município de Patos de Minas - MG, por compreenderem minha ausência.

## RESUMO

NOGUEIRA. Maria Lúcia. *Apoio e redes sociais na promoção a saúde de idosos*. 2008.77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

O objetivo do presente trabalho foi identificar apoios, redes sociais e aspectos como comunicação, espiritualidade e religião em famílias de idosos. O referencial teórico Promoção de Saúde em Enfermagem Familiar fundamentou a discussão dos resultados. Trata-se de um estudo de caso com múltiplos sujeitos. Os critérios de inclusão foram famílias com idosos acima de 70 anos, usuários de uma Unidade de Saúde da Família, no município de Patos de Minas - MG. A entrevista em profundidade, o genograma e o ecomapa foram usados na coleta de dados. Os resultados foram categorizados pela análise temática de conteúdo. Participaram deste estudo três famílias, totalizando seis sujeitos. Os resultados encontrados nesta pesquisa empírica não podem ser generalizados, pois se referem a um grupo muito particular. Contudo, a análise compreensiva dos depoimentos nos revela quão importante é individualizar o cuidado e, ao mesmo tempo, ao confrontar com a literatura, direcionar os achados comuns para programas e estratégias que atendam as necessidades que são comuns a este grupo etário. Apoios sociais adequados tanto do Estado, através de políticas públicas, quanto no núcleo familiar, são fontes que podem suprir as necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida. A presença de redes de apoio, recursos financeiros dignos, acesso aos serviços de saúde, moradias adequadas e transporte de qualidade são alguns elementos necessários à construção de uma melhor condição de vida e promoção de saúde.

**Palavras chave:** Geriatria; Promoção de saúde; Enfermagem familiar; Apoio social.

## ABSTRACT

NOGUEIRA. Maria Lúcia. *Apoio e redes sociais na promoção a saúde de idosos*. 2008.77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

This research aimed to identify support, social networks and other aspects such as communication, spirituality and religion in families of elderly people. Health Promotion and Family Nursing concepts constituted the basis for discussing the results. This is a case study with multiple subjects. The inclusion criteria were: families including elderly people over 70, users of a Family Health Unit, in the town of Patos de Minas – MG, Brazil. In-depth interviews, genograms and ecomaps were used for data collection. The results were categorized through thematic content analysis. Study participants were three families, amounting to six subjects. The results found in this empirical study cannot be generalized, as they refer to a very particular group. A comprehensive analysis of the testimonies reveals how important it is to individualize care. When confronting the results with literature, similar findings indicate the possibility of programs and strategies that comply with this age group's common needs. Adequate types of social support, through the State's public policies, as well as in the family core, are sources to attend to the elderly people's needs and improve their quality of life. The presence of support networks, dignified financial resources, access to health services, adequate housing and high-quality transport are some elements needed to construct a better living condition and health promotion.

**Key words:** Geriatrics; Health promotion; Family nursing; Social support.

## **LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS**

OMS - Organização Mundial da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UPA I - Unidade de Primeiro Atendimento I

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	9
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	34
3.1.OBJETIVO GERAL.....	34
3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
<b>4 MÉTODO</b> .....	35
4.1 LOCAL.....	35
4.2 ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	36
4.3 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	39
4.5.1 Entrevista em profundidade.....	40
4.5.2 Dados dos prontuários.....	41
4.5.3 Genograma e Ecomapa.....	41
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE RESULTADOS.....	43
<b>5 RESULTADOS</b> .....	45
5.1 APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	46
5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	53
5.2.1 Apoio e Rede Social.....	53
5.2.2 Comunicação.....	58
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	61
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>APÊNDICES</b> .....	76

## APRESENTAÇÃO

*“Não fosse a lembrança da mocidade, não se ressentiria a velhice. Toda doença consiste em não se saber fazer mais o que se soube fazer outrora. Pois o velho, em seu gênero, é decerto uma criatura tão perfeita como o moço na sua”.*

*Georg Lichtenberg*

Até 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde (WHO, 2005).

Este fato despertou o interesse em estudar famílias com idosos. Os dados demográficos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 27, que tem como referência a Unidade Básica de Saúde André Luiz II, bairro Cristo Redentor em Patos de Minas-MG, informam 3.475 pessoas cadastradas. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) mostra que 14% da população cadastrada têm mais de 60 anos. Em visitas domiciliares observou-se a necessidade de atenção a esta população pelas dificuldades do idoso em desempenhar suas atividades da vida diária ou da família em lidar com os problemas de saúde do idoso e ainda pela grande procura de assistência médica devidos aos problemas crônicos apresentados, os quais

se comprovam na produção mensal da equipe; mais de 50% do atendimento de consultas médicas foi realizada para atender a pessoas com mais de 60 anos.

Por ser um tema em evidência, na atualidade, é um desafio aos profissionais de saúde e docentes ampliar seus conhecimentos e suas práticas no sentido de compreender que a saúde das pessoas está, também, na dependência dos apoios e das redes sociais das quais os idosos e suas famílias dependem para preservação da saúde.

Na introdução, para construção do problema de investigação, apresentamos uma revisão bibliográfica que articula questões relacionadas ao exercício da enfermagem na assistência ao idoso e sua família, políticas de saúde e legislação direcionadas ao idoso e trabalhos de investigação sobre o idoso. Na seqüência, uma síntese do referencial teórico sobre Promoção de Saúde da Família, destacando os conceitos sobre apoio e redes sociais, comunicação, espiritualidade e religião, que dão suporte ao projeto de investigação e são retomados na discussão dos resultados. Finalizamos esta primeira parte com uma justificativa e os objetivos da pesquisa. No capítulo intitulado Método, apresentamos os passos percorridos ao longo da investigação. Os resultados estão apresentados destacados da discussão, que se encontra no capítulo seguinte, para deixar claro ao leitor quais os dados coletados e quais as associações que fizemos com o referencial teórico adotado e a bibliografia existente sobre o mesmo tema. Finalizamos com uma conclusão que retoma os objetivos e procura demonstrar as possibilidades de novos conhecimentos para a prática de cuidados aos idosos e sua família.

## INTRODUÇÃO

### 1 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada no banco de dados informatizado-Scielo - abrangendo o período de 10 de agosto a 08 de setembro de 2006; 23 de outubro a 08 de dezembro de 2007 e janeiro de 2008, utilizando as palavras chaves, envelhecimento, idosos, geriatria, gerontologia, enfermagem familiar, apoio e rede social e promoção de saúde em diversas combinações. O Scielo reúne as publicações científicas do Brasil, sendo que na área de saúde tem diversos periódicos indexados relacionados ao envelhecimento. A literatura trouxe informações sobre as transformações históricas referentes ao processo de envelhecimento, seu estudo através de diferentes referenciais teóricos, destacando-se os realizados na área da saúde e psicologia, os diferentes conceitos que designam o estudo do envelhecimento e suas especificidades.

#### CONCEITOS: GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Estudos sobre o envelhecimento, no campo científico, passam a ser mais sistematizados a partir do século XVII e XVIII, mas são mais freqüentes a partir da metade do século XIX, quando a população começa a envelhecer e o interesse médico pelo cuidado com essas pessoas passa a se fazer mais presente como destaca Leme, 1996 (apud Teixeira, 2002). O hospital de Salpêtrière em Paris pode ser considerado o primeiro estabelecimento geriátrico, com Charcot ministrando aulas sobre o

envelhecimento. Em 1909, Nascher cria um novo ramo da medicina para estudar a fisiologia do envelhecimento, fundando assim, a Geriatria. No Brasil, o interesse pela saúde do idoso é mais recente; sendo fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria em 1961, que passa a ser chamada, posteriormente, de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (Leme, 1996 apud Teixeira, 2002). Assim, temos, atualmente, a Gerontologia, que é a ciência que estuda os processos do envelhecimento em todos os seus aspectos: físicos, culturais, psicológicos, econômicos; e a Geriatria, que é um ramo da medicina que estuda a fisiologia e as alterações orgânicas vinculadas ao processo de envelhecer, estando inserida, portanto, dentro do campo mais amplo da Gerontologia. Deste modo a Gerontologia está voltada para a avaliação do estado de saúde e funcional do idoso, sendo a base para o diagnóstico, planejamento e o desenvolvimento do cuidado de saúde, bem como, para avaliação dos serviços destinados a atender as necessidades identificadas e sua eficácia (LEONART; MENDES, 2005).

A geriatria implica num processo de diagnóstico multidimensional em que é considerado o ambiente em que está o idoso, a relação entre o médico e o paciente, o médico e a família, a história clínica e o exame físico completo. O objetivo da geriatria é a identificação de toda a problemática que envolve o idoso, principalmente daqueles que estão em situação de risco, seja médica, funcional, psíquica ou social, com a finalidade de realizar ações dirigidas particularmente aos idosos susceptíveis (LEONART; MENDES, 2005).

Verifica-se, pois, que tanto a gerontologia como a geriatria abrigam profissionais especializados dedicados ao tratamento da velhice, sendo ela entendida como o processo de modificações que ocorre no organismo humano em relação à duração cronológica, acompanhada de alterações de comportamentos e de papéis sociais. Assim, em respeito a essa população, é necessário que se examine o lugar destinado a ela e que representação se faz dela nos diferentes tempos e lugares. Também é importante preparar profissionais para melhor assistir a esse grupo de pessoas. Não obstante, especialistas devem trabalhar as questões comuns do envelhecer, que se caracterizam pelas alterações biológicas, não as dissociando das necessidades sociais, psicológicas e culturais. A compreensão da multiplicidade de

fatores que afeta o processo de envelhecer possibilitará aos profissionais desempenhar um cuidado efetivo e eficiente (LEONART; MENDES, 2005).

O envelhecimento é visto pela psicologia como um momento de declínio, no qual cada indivíduo envelhece do seu modo, de acordo com suas experiências, com perdas e ganhos (Teixeira, 2002). Sabemos que, apesar de constituir um processo natural, o envelhecimento não ocorre de forma homogênea. Cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais podem atuar sobre a qualidade de vida na velhice. Um destes fatores é a presença de afecções crônicas, que além do risco de vida, representa uma ameaça potencial à independência e à autonomia do idoso (DIOGO, 2000).

Dada a atual ênfase no idoso, existe uma grande preocupação e integração dos profissionais de diversas áreas da saúde em relação a esse grupo. Tal ênfase é corroborada a partir de dados demográficos, de instituições oficiais de informação e de estudos epidemiológicos. A população idosa constitui-se como um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, e, qualquer que seja o enfoque, a situação dessa parcela da população é bastante expressiva (CAMACHO, 2002).

A manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional para a qual colaboram médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases multiprofissionais é fundamental que se estimule a formação de profissionais capacitados, mediante a abertura de disciplinas, nas universidades, de residências médicas e de linhas de financiamento a pesquisas que desenvolvam a área da geriatria e gerontologia (RAMOS, 2003).

## TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

A transição demográfica e epidemiológica justifica a necessidade de maiores estudos sobre o aumento da população com idades cada vez mais avançadas e suas repercussões no quadro epidemiológico do Brasil e do mundo (Costa; Porto; Soares, 2003). Os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores e políticos brasileiros observar o panorama dessa transição, e, em conjunto com a sociedade, num breve espaço de tempo, discutir as políticas públicas de atenção ao idoso. E que estas sejam desenvolvidas em todas as esferas sociais, por técnicos e profissionais que atendem essa parcela populacional, particularmente os da área da enfermagem (Rodrigues et al., 2007). Além das transformações demográficas, o Brasil tem vivido uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Nas faixas etárias mais velhas, vem aumentando a importância das causas de morte relacionadas às neoplasias, às doenças respiratórias e, principalmente, às circulatórias que, na média nacional, chegam a representar 37% dos óbitos da população com mais de 60 anos de idade (Simões, 2001). Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais constantes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde (CAMPOS, 1993; CAMARANO, 1999).

Surge, assim, uma preocupação maior com essa camada da população, pois os custos econômicos e sociais decorrentes do envelhecimento da população vêm transcendendo as projeções consideradas para esse grupo, numa situação vigente de um sistema de Saúde Pública espoliado ao extremo (Silva, 1995). Tecnologias de alta complexidade com onerosas intervenções trazem novas exigências para os serviços sociais e de saúde.

## POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

A Constituição de 1988 deixou clara a preocupação e atenção que devem ser dispensadas ao assunto, quando colocou em seu texto a questão do idoso (Brasil, 2004). Foi o marco inicial para a definição da Política Nacional do Idoso, que traçou os direitos desse público e as linhas de ação setorial. Em reconhecimento a importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº. 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº. 1.948/96.

A Política Nacional do Idoso estabeleceu normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa Política foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria e várias entidades representativas desse segmento, a exemplo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Desta integração foi elaborado um documento que se transformou no texto base da Política. Dentro da Política Nacional do Idoso foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso, por meio da Portaria Nº. 395/99, tendo como propósito base a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso são: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (Ministério da Saúde, 1999). A partir desta Lei as instituições de ensino superior passaram a se adaptar, a fim de

atender a determinação que prevê a existência de cursos de Geriatria e Gerontologia Social nas Faculdades de Medicina no Brasil (DIOGO, 1999).

Em termos de políticas de saúde, no Brasil, os recursos para os programas sociais deverão combater as doenças crônicas como artrite, cardiopatias, doenças degenerativas, debilidades cognitivas, entre outros males típicos da velhice. Acrescentam-se aos gastos com problemas de saúde, os benefícios e pensões da seguridade social a que todo o idoso tem direito (Veras, 1994). Os idosos tornam-se freqüentemente mais suscetíveis às doenças ou agravos à saúde, passando a ser assíduos usuários do Sistema de Saúde (DIOGO et al, 2000).

No Brasil, a família passou a ser objeto de atenção por estratégias políticas do Ministério da Saúde desenvolvidas a partir de 1994, com a operacionalização da chamada Estratégia de Saúde da Família. A assistência à família é importante no cuidado ao idoso, pois a estrutura da sociedade moderna está montada para atender aos anseios da população economicamente ativa, não havendo espaço comum adequado às perspectivas da população idosa, restando aos idosos permanecer no lar sem qualquer ocupação. As perdas funcionais físicas, a aposentadoria, o acometimento de múltiplas doenças crônico-degenerativas, entre outras, determinam a perda de papéis sociais do idoso. E, como é característica das sociedades ocidentais, há pouca oportunidade para novos papéis. Por isso, muitos idosos se sentirão "inúteis", podendo chegar a uma situação de decrepitude irreversível, aumentando cada vez mais o isolamento social e a dependência, até para desempenhar atividades de vida diária (Brasil, 2006). Gera-se, com isso, a exigência de adaptação, por parte do idoso, às novas situações que lhe são apresentadas, as quais nem sempre são fáceis ou possíveis.

A Estratégia Saúde da Família tem também a função de elo entre as famílias e os serviços de saúde, possibilitando a atenção domiciliar para os idosos dependentes, valorizando o cuidado comunitário, principalmente na família e na Atenção Básica de Saúde (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

O profissional de uma Unidade Básica de Saúde, sob a nova estratégia, deve atuar nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para tanto, ele deve buscar

conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Pelo exposto, fica claro que, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, se destaca o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à unidade básica de saúde, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social (BRASIL, 2002).

Em 2006 foi regulamentado o Pacto pela Vida , reforçando a Estratégia de Saúde da Família que definiu entre suas prioridades a saúde do idoso. Para efeito desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. O trabalho nesta área deve seguir as diretrizes de promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação de educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL,2006).

Na sociedade contemporânea, os dispositivos legais admitem, de forma consensual, que os cuidados para com os idosos são de responsabilidade concomitante da família, da sociedade e com auxílio e suporte do Estado. De um lado, parece razoável que o idoso seja alvo do cuidado prioritário pela família: é ali que se desenvolvem e se exercem os vínculos básicos do indivíduo, criando certa cultura, com seus códigos, sintaxe, regras, ritos e jogos próprios, um universo enfim de significados particulares que confere identidade ao sujeito (BRANT, 1995).

## O IDOSO E A FAMILIA

Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio. A família, considerada tradicionalmente como o sistema mais efetivo de apoio aos idosos, vem sofrendo mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe, são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos. Essas situações geram o que se denomina de “intimidade à distância”, já que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas (REGI et al., 2007).

Os seres humanos se organizam socialmente, formando uma rede de laços e relações interpessoais, constituindo famílias, grupos ou comunidades. A rede social natural e básica é a família, estrutura nuclear em que todos estão inseridos, a partir do momento em que nascem (CAMPOS, 2005).

Historicamente, a sociedade responsabiliza a família pelos cuidados prestados ao idoso. As repercussões, significados e abordagens do cuidado domiciliário ao idoso para a família são inúmeros; quando a função do cuidar não é adequadamente realizada, a família sofre sanções sociais, sendo considerada negligente ou irresponsável (CALDAS, 2002).

É importante considerarmos que, além das questões culturais arraigadas na sociedade, existe também o aspecto religioso. Esse aspecto está inserido na sociedade e conseqüentemente no núcleo familiar, sustentando a idéia da responsabilidade da família sobre os idosos. É importante destacar que o cuidado é uma produção artesanal, portanto, cultural. O relacionamento entre idosos e sua família varia de cultura para cultura; porém, na maioria das sociedades, existe a valorização da interação intergeracional como uma das bases da construção da cultura (CALDAS, 2002).

A falta de capacidade adaptativa do idoso às alterações nas relações familiares pode estar associada a rupturas várias, como de suas atividades laborais, mudança nas relações anteriores, alterações em seu estilo de vida, dependência de outrem e do ambiente familiar. Isto abre possibilidades para os conflitos intergeracionais. Os limitados recursos das famílias, aliados à sobrecarga de abrigar e cuidar de um membro idoso fragilizado em seu contexto doméstico pode gerar dependências multifacetadas de difícil administração. Há diminuição e deterioração da qualidade das relações interpessoais no interior da família, imperando um clima de estresse, tanto para o idoso cuidado quanto para a família cuidadora . A propósito, o estresse, como elemento gerador de doenças, representa fator importante a impedir o desenvolvimento do processo de envelhecimento normal das pessoas vivendo em seu contexto societário, um direito de qualquer cidadão (ALVAREZ, 2001).

## A AUTONOMIA DO IDOSO

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças. Muitos levam vida normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. A maioria das doenças crônicas que atingem os idosos tem, na própria idade, seu principal fator de risco. A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa dirigir sua vida de forma completamente independente. A maior parte dos idosos, na verdade, é capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma ajuda. Os mais modernos conceitos gerontológicos dizem que idosos capazes de manter sua autodeterminação e seu poder de decisão no seu cotidiano são considerados idosos saudáveis, ainda que sejam

portadores de doença crônica (Duarte, 2003). Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos, capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde, e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber se essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca ou toma remédio para depressão, infelizmente uma combinação bastante freqüente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável (RAMOS, 2003).

Assim, a época da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de 1978, Kazaquistão, enfatizava a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, o processo saúde-doença não era compreendido como resultado de variáveis sociais, mas como um parâmetro estático, que resultaria ou não no aparecimento de doença. Este conceito mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003).

De acordo com Freire (2000), a questão do bem-estar na velhice é algo que vem sendo discutido. Os estudos apontam que se determinadas variáveis estiverem presentes, a chance de adaptação à velhice aumenta consideravelmente. Entre elas, destaca-se a autonomia, que significa ter habilidades para pensar e agir de determinada maneira e avaliar as situações com seus próprios pontos de vista, fazendo escolhas, tomando suas próprias decisões, o que faz com que idosos sintam que possuem controle sobre suas vidas (Guilhardi, 2002). Goldstein (2002) enfatiza a importância do senso de controle para o bem-estar dos indivíduos em todas as idades, assim como os gerontólogos consideram que o nível de independência do sujeito está muito ligado ao conceito de saúde.

A auto-aceitação implica uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e à sua história de vida (Freire, 2000), aceitando características positivas ou negativas, como também sua nova condição como idoso. Uma parte da auto-aceitação

é caracterizada pela auto-estima, um sentimento aprendido que se desenvolve durante toda a vida de uma pessoa, ao passo que o indivíduo em si é tido como reforçador em relacionamentos sociais e não somente seus comportamentos. Os propósitos de vida significam continuar estabelecendo objetivos na vida que impulsionem o indivíduo a continuar vivendo.

Considerando a importância de tais características e estando elas presentes no cotidiano das pessoas, percebe-se o aumento da probabilidade de uma melhor adaptação à velhice. No entanto, certas variáveis, como destaca Mira y Lopez (*apud* Cavalcante, 2002) se presentes, podem ser pouco adaptativas ao novo contexto como agarrar ao passado, vivendo de recordações, valorizando somente as coisas de antigamente; negar a velhice tentando encontrar desesperadamente a fonte da juventude e isolar-se submerge o indivíduo em tristeza e desolação. Já que não desperta paixão, busca ao menos a compaixão; adotar uma atitude místico-religiosa, assumindo uma postura conformista, a religião é abraçada como forma de renúncia, resignação, conformismo e alienação. A pessoa se sente passiva e descompromissada com a vida, como se Deus fosse o responsável por tudo que lhe acontece.

## FINITUDE

Outro aspecto enfocado na literatura é sobre a proximidade da morte da qual o envelhecimento é o prelúdio. A única certeza que os seres vivos têm da vida é a de que vão morrer. Sabe-se que, em termos do inconsciente, os seres humanos são imortais e por isso vivem suas vidas sem pensar na morte. Contudo, podem aceitar a morte do próximo e acompanhar as notícias, pela mídia, de pessoas que morrem a todo o momento, confirmando a crença inconsciente em sua própria imortalidade, fazendo com que se alegrem com o pensamento "ainda bem que não fui eu". Assim, a morte está sempre fora deles. Porém, quando começam a adoecer, quando recebem um diagnóstico de uma doença grave e quando envelhecem, os sujeitos são postos a confrontarem-se com a sua condição de ser mortal e finito. Não podem ignorar que a

velhice é o momento sem que se aproximam da morte, e, portanto, a etapa de vida onde se dá o confronto com a finitude. O tempo se torna mais curto e é exatamente por isso, pela finitude se colocar de forma mais visível, que são geradas novas tarefas referentes à compreensão do *self* (eu) e do sentido da vida (TEIXEIRA, 2002).

PY (1999), estudiosa da temática da Tanatologia, fala que a finitude traz uma idéia de ruptura, de rompimento, na tragicidade do destino humano. Há uma ruptura com a vida, fazendo com que a saída da existência viva permaneça como uma catástrofe do imaginário; uma catástrofe não só biológica marcada pela doença, pela deterioração do corpo; mas uma catástrofe afetiva, uma catástrofe social do outro. A morte é um grande mistério. É o desconhecido, é o estranho, e por isso, será sempre algo que não se sabe como abordar. No entanto, o que se pode apreender, estudando a temática da finitude, é justamente que não se trata da morte em si, mas sim da significação da vida. Por isso, é de grande importância para todos os profissionais da área da saúde, que se discutam assuntos como este, de forma que se possa refletir sobre a morte e a suas implicações na vida para que não se use a defesa de apenas se afastarem de pessoas muito idosas ou que estão com uma doença grave, mas que se possa estar diante delas, cuidando e oferecendo um lugar, para que elas continuem sendo sujeitos de sua história, até o final de suas vidas, e impedindo que a morte social venha antes da morte física (Seminário,1999). Não é da morte que temos mais medo e sim dos seus correlatos, ou seja, da situação de completa dependência, dos aspectos terminais da vida. O recurso psíquico que os seres humanos utilizam para driblar a consciência da morte é o imaginário. A ilusão é essencial. Vive-se numa seqüência de ilusões e desilusões. Muitas vezes, na velhice, as desilusões se tornam mais freqüentes e o cessar das ilusões leva à queda da motivação e, por conseqüência, à depressão. As pequenas desilusões proporcionadas pelo afastamento nos processos decisórios; o aumento de doenças; a diminuição da vitalidade; a perda da imagem jovem, entre outros, fazem com que a pessoa idosa se confronte com a finitude. Coloca também uma estratégia para esse dilema: o ser humano perceber que existem sempre programas em aberto, a construir e a possibilidade de realizá-los é o antídoto contra a finitude (Py, 1999). Torres (1999), acrescenta que, com a velhice, há uma crise de identificação proporcionada pela consciência da proximidade da morte pessoal,

entretanto, alerta para a possibilidade de se viver essa etapa de vida com oportunidade de crescimento através da manutenção do domínio ativo em relação à própria vida.

É fundamental manter-se como um ser competente e responsável que, dentro dos limites de sua incapacidade, é capaz de usar ao máximo as habilidades que ainda lhe restam e de preservar a sua autonomia, escolhendo a maneira pela qual deseja resolver seus problemas. Ou seja, é essencial que mantenha o controle ativo de sua vida até o final e que lhe seja assegurado o direito de coreografar sua própria morte, vivendo até dizer adeus, para usar expressões de Kubler-Ross (TORRES, 1999).

A contextualização evidencia importantes questões relacionadas ao idoso. As disciplinas geriatria e gerontologia surgem trazendo novos conhecimentos e conceitos sobre o idoso, identificando suas necessidades e propondo aplicações práticas para proporcionar seu bem estar. Os dados demográficos apontam o aumento de idosos na população e a necessidade de políticas pública direcionadas para este seguimento populacional. Fica evidente a necessária interseção de práticas multiprofissionais para atuar de forma integrada nos programas de atenção ao idoso. Ressaltamos a importância de se trabalhar com a família no processo de cuidar do idoso, através de estratégias relacionadas à promoção de saúde de indivíduos, família e comunidade.

Dessa forma, vê-se, que para se pensar no desenvolvimento de uma autonomia na velhice, é necessário também se pensar em uma rede de relações sociais, que favoreça o desenvolvimento de laços afetivos (TEIXEIRA, 2002).

## ENFERMAGEM FAMILIAR NA PROMOÇÃO DE SAÚDE

A prática com famílias é uma atividade exercida pela enfermagem desde os seus primórdios, mas durante muitos anos, a enfermagem tradicionalmente vem centrando os seus estudos no indivíduo. A família, entretanto, percebida como cuidadora e participante do processo saúde e doença, tem despertado o interesse dos enfermeiros. Para Elsen (1994, p.71-72) a família “tem um referencial para

compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença e que há evidências de que a família funciona como uma unidade de saúde para os seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio de cuidar de quem cuida”. Este desafio torna-se ainda maior, quando se pensa que este cuidar exige conhecer como a família cuida. Não existem famílias iguais. A família, por sua própria natureza, é complexa, distinta e extremamente dinâmica, cujos processos desenvolvidos dentro do grupo, de cada membro pertencente ao grupo e deste com a comunidade e com a sociedade, contribuem para facilitar ou perturbar a saúde. Na dinâmica da vida familiar, entretanto, existem aspectos que são inerentes ao processo de viver da maioria das famílias. O caminho para a compreensão do que isso significa ou o que pode fundamentar o modo de vida e as práticas cotidianas frente à singularidade de cada grupo familiar, constitui-se um foco de investigação na área (ELSEN, 1994).

A atuação do enfermeiro na equipe multidisciplinar está centrada no processo educativo com o idoso e seus familiares, tendo como finalidade a sua independência funcional, a prevenção de complicações secundárias, sua adaptação e da família à nova situação. Por meio da assistência de enfermagem sistematizada, a enfermeira elabora, executa e avalia o plano assistencial de enfermagem individualizado, respeitando os diferentes estágios da reabilitação em que o idoso pode se encontrar. No entanto é fundamental seu conhecimento sobre o processo de senescência e senilidade, sobre o contexto familiar e social do idoso, respeitando suas limitações e enfatizando seu potencial remanescente e sua capacidade para o autocuidado. Cabe lembrar, ainda, que cada idoso possui a sua história de vida, diferente de qualquer outra; o significado de qualidade de vida para ele pode ser diferente do significado para o profissional da saúde. Assim, é importante cautela para não pensar e agir considerando apenas os próprios valores quando cuidar do idoso. A assistência ao idoso é uma área que requer grande investimento no ensino, na pesquisa e na assistência (DIOGO, 2000).

A partir de 1970, a Enfermagem Familiar surge na América do Norte, Estados Unidos e Canadá como especialidade e as enfermeiras que trabalhavam considerando a família como unidades de cuidado receberam o título de enfermeiras de saúde da família. Hoje temos uma variedade de termos para o cuidado de enfermagem

às famílias, como, por exemplo, cuidado centrado na família, cuidado focado na família, promoção da saúde da família, cuidado à saúde da família, enfermagem familiar, enfermagem de sistema familiar e enfermagem de famílias (WRIGHT e LEAHEY, 2005).

Todos esses termos definem somente um objetivo, prestar assistência de enfermagem às famílias. Adotaremos o termo Enfermagem Familiar de acordo com os descritores em ciência da saúde (DeCS, 2007).

A Enfermagem Familiar tem se fortalecido como uma especialidade com o aumento de estudos para compreensão de famílias através de teorias, de pesquisas e da prática profissional. A inclusão do tema no currículo de graduação de enfermagem, o reconhecimento da Enfermagem Familiar por parte de outras profissões, a participação e organização de conferências internacionais sobre Enfermagem Familiar contribuíram para o crescimento desta especialidade na área de conhecimento da enfermagem (BOMAR, 2004).

Hoje, há várias regiões do mundo pesquisando na área de Enfermagem Familiar, incluindo, Canadá, Estados Unidos, Japão, África, Austrália, Chile, Dinamarca, Reino Unido, Suécia, Taiwan, Tailândia e Brasil. No Brasil, temos vários grupos de pesquisa em Enfermagem Familiar distribuídos em todo país, em franco crescimento, com repercussões na produção de conhecimento e na prática assistencial. Atualmente, vem se estruturando uma nova visão da atuação da família e da comunidade no processo saúde-doença e nas intervenções sobre o cuidado. O investimento governamental em programas de saúde da família trouxe repercussões para o papel dos profissionais de saúde que passaram a aliar-se à família, apoiando-a no desempenho de suas responsabilidades (BRASIL, 2002).

Apesar de a família ser o eixo da atenção, na prática os idosos e familiares são vistos como receptores passivos de serviços de saúde. Eles precisam e devem ser agentes ativos na construção de um novo cuidado à saúde participando do tratamento e sendo apoiados nesse sentido. Para isso os profissionais devem estar atualizados e capazes de desenvolver ações de promoção de saúde construindo uma rede de atenção integrada entre todos os profissionais da equipe de forma a minimizar os efeitos incapacitantes das doenças e ampliar o apoio a essas famílias com idosos.

A enfermagem é uma profissão em que a prática é guiada por teorias, modelos e filosofias de cuidado. A Enfermagem Familiar tem hoje um amplo arsenal de teorias, conceitos, metodologias e modelos para compreender a família em sua totalidade.

As fundamentações teóricas e modelos conceituais que fundamentam a Enfermagem Familiar têm origem em três grandes disciplinas: 1) Teorias de Ciência Social Familiar, 2) Teorias de Terapia Familiar e 3) Teorias e Modelos de Enfermagem Na interseção destas três disciplinas encontra-se a Enfermagem Familiar (KAAKINEN e HANSON, 2004). Estas teorias têm origem em campos disciplinares das ciências sociais e humanas e foram incorporadas à enfermagem, nas últimas décadas, por teóricos que buscam um referencial teórico para a pesquisa e prática de enfermagem (BOMAR, 2004).

Ocorre uma integração teórica na Enfermagem Familiar. Podemos perceber isso em vários trabalhos. Pesquisadores utilizaram a teoria geral de sistemas e o modelo de sistemas Neuman para desenvolver o "*Family Assesment Intervention Model*" e o "*Family System Stressor Strength Inventory*"; outros combinaram a teoria geral de sistemas, teoria do desenvolvimento e a teoria estrutura-funcional e criaram o "*Friedman Assesment Model*"; para o "*Calgary Family Model*", enfermeiros utilizaram a teoria geral de sistemas, teoria da comunicação, teoria da mudança e a abordagem cibernética (BOMAR, 2004).

A Enfermagem Familiar é definida como ações de enfermagem direcionadas para melhorar a qualidade de vida, promover, fortalecer e manter o bem-estar das famílias (BOMAR, 2004). A família é o ponto central para a sociedade e ela fornece os ingredientes para determinar a qualidade de vida para seus membros em todas as idades. Na literatura, família é definida de várias maneiras. Considerando a diversidade de estruturas, suas funções e seus valores, cada definição tem um objetivo relacionado à finalidade a que se propõe.

Para este estudo, o termo família é definido como duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecido quando os membros consideram os elementos que a constituem como uma família. As funções de uma família são fornecer afeto, apoio emocional, cuidado à saúde, segurança

econômica, senso de identidade, criação das crianças e orientação sobre os valores sociais (BOMAR, 2004).

Para o desenvolvimento deste trabalho, outra definição é necessária. O conceito de promoção da saúde constitui o arcabouço para uma reflexão teórica sobre os dados empíricos a serem coletados pela pesquisa de campo. A promoção da saúde da família é o processo pelo qual se busca o completo bem-estar biológico, emocional, físico e espiritual dos membros e da unidade familiar (BOMAR, 2004). Contudo, esta definição é muito genérica e idealizada. É mais prático e operacional buscar as características de uma família saudável através de alguns indicadores que permitam identificar a satisfação de seus membros, sua autonomia, mecanismos de enfrentamento, flexibilidade e capacidade de adaptação a novas situações (HANSON; GEDALY-DUFF; ROWE, 2005).

Há vários fatores que influenciam a promoção da saúde na família. A religião fornece apoio para as famílias incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura influencia diretamente as pessoas, pois são constituídas por crenças, valores, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos; as questões socioeconômicas trazem um grande impacto na promoção da saúde, pois estão ligados diretamente com a disponibilidade de recursos; as políticas são importantes para a promoção da saúde, pois os programas governamentais fornecem apoio para as famílias e as políticas globais, como da agência internacional Organização Mundial de Saúde (OMS), somam-se a estes fatores determinantes. Os avanços científicos trazem novos conhecimentos para a promoção da saúde. Todos estes componentes influenciam a promoção da saúde nas famílias (CHERRY e BOMAR, 2004).

Ter uma pessoa idosa na família é um fator potencial de desequilíbrio na saúde da família. Atuar no estabelecimento do equilíbrio, através do cuidado com vistas à promoção da saúde da família é um papel importante dos profissionais de saúde e particularmente do enfermeiro.

Para maior compreensão da promoção da saúde das famílias, além dos conceitos apresentados acima, iremos definir uma abordagem à família. A literatura sugere quatro abordagens para a prática de Enfermagem Familiar: (1) o indivíduo como

cliente e a família como contexto; (2) a família como cliente; (3) a família como sistema e (4) família como um componente da sociedade (BOMAR, 2004).

A primeira abordagem considera o indivíduo como cliente. Esta é uma abordagem tradicional na enfermagem. Neste caso o idoso será o foco primário e o contexto é o seu sistema familiar, outros membros, como cuidadores e pessoas próximas ao idoso, recursos e limitações, enfim o ambiente em que o idoso está inserido. Contudo, para fornecer o cuidado para o idoso, é necessário que o enfermeiro avalie a família, os aspectos de interação, integridade, saúde, enfrentamento e desenvolvimento, pois podem afetar a saúde do indivíduo e os resultados de intervenções. Os membros da família estão em interação contínua e influenciam as decisões em relação ao cuidado.

A segunda abordagem se refere à família como cliente. A Enfermagem Familiar considera a família em destaque, como unidade de cuidado, e as questões individuais em segundo plano. A família é analisada como um todo e não como a soma de seus membros e a intervenção de enfermagem é direcionada a todos os membros da família. Esta abordagem é utilizada em clínicas de atenção primária por equipes multiprofissionais de saúde preparados para atuar com famílias na comunidade.

A abordagem da família como sistema interacional considera que as intervenções de enfermagem devem ser sobre a unidade familiar, na qual o todo é mais do que a soma das partes. A ênfase é na interação entre os membros das famílias, os subsistemas (ex. mãe e filho, irmão e irmã, marido e esposa). Este modelo teve início nas especialidades de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

A última abordagem se refere à família como componente da sociedade. A família é vista como pano de fundo e as questões do conjunto da sociedade são os focos principais de intervenção.

Escolhemos a primeira abordagem para a avaliação da família, considerando o idoso como cliente e a família como contexto para entender os aspectos específicos das famílias com idosos. Será necessário focar a avaliação nos aspectos relativos ao idoso, o idoso inserido na família e em seu ambiente, considerando os fatores determinantes de promoção da saúde. As famílias desses idosos vivenciam e convivem com situações peculiares do envelhecimento, que devem

ser avaliadas em profundidade para subsidiar os cuidados de enfermagem levando em conta a qualidade de vida e a promoção da saúde.

As outras abordagens são importantes para prática e pesquisa, mas para a escolha da abordagem à família deve-se levar em conta o objetivo do pesquisador ou do profissional e os resultados esperados.

Adotaremos os conceitos de Enfermagem Familiar na Promoção da Saúde (BOMAR, 2004). O referencial adotado traz categorias analíticas, construídas *a priori*, que serão utilizadas neste estudo para compreensão das famílias. As categorias são: apoio e rede social, comunicação, espiritualidade e religião das famílias, que serão abordadas no decorrer deste trabalho.

## APOIO E REDE SOCIAL

Apoio social pode ser definido como qualquer informação ou auxílio material oferecidos por grupos ou pessoas que resultem em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe como também para quem oferece o apoio. As redes de apoio reforçam o gregarismo humano. Perder o contato com outras pessoas é sinônimo de reclusão e de perda de interesse pela vida. Para uma adaptação adequada é imprescindível que haja um ambiente em que o idoso possa se sentir como parte integrante de um grupo social (PEDRO; NASCIMENTO; ROCHA, 2007).

Além disso, Starling (1999) aponta para o fato de que o estar inserido em um grupo social retarda o processo de envelhecimento comportamental.

Rede social é um sistema composto por vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades e também a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo (Dessen; Braz, 2000). São exemplos de rede a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar.

## COMUNICAÇÃO DA FAMÍLIA

A comunicação é vista como um componente essencial para avaliação na Enfermagem Familiar (Crawford e Tarko, 2004), pois, revela a dinâmica e a relação entre os membros da família. Conhecer como se desenvolve a comunicação na família facilitará a intervenção de enfermagem na criação de alianças terapêuticas. A função da comunicação é de ajudar os membros da família a apreenderem seu ambiente, fornecer significados para as regras de comportamento familiar, explicar como resolver conflitos, desenvolver a auto-estima de todos os membros, transmitirem valores culturais, crenças, e também construir sentimentos de família como um grupo. Uma comunicação eficaz pode ajudar a família a enfrentar os estressores diários, a compartilhar e validar sentimentos e continuar trabalhando juntos para os objetivos da família (CRAWFORD e TARKO, 2004).

O enfermeiro de família deve compreender todos os detalhes do contexto quando a família está tentando se comunicar, pois o contexto é importante para o entendimento da mensagem (CRAWFORD e TARKO, 2004).

A comunicação, essência da estrutura familiar capacita os indivíduos para a solução de seus problemas (Centa; Chaves; Moreira, 2002), pois, propicia a satisfação das necessidades de inclusão, controle e afeição. O processo de comunicação entre os membros da família e o idoso possibilita enfrentar, de forma construtiva, as ocorrências próprias desta etapa de vida. Compartilhar experiências, idéias e sentimentos vividos através da comunicação serve não só para que as pessoas se relacionem entre si, mas para que se transformem mutuamente e transformem a realidade que as rodeia. Isto reforça importância da comunicação no processo de viver do idoso e de sua família, no qual a velhice é caracterizada pelo desconhecimento dos diferentes modos de obter bem-estar e subsídios para enfrentamento deste processo, que exige transformação, mas que pode ser experienciado de forma digna, harmônica e prazerosa, quer pelo idoso como por sua família (CENTA; CHAVES; MOREIRA, 2002).

## ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO DA FAMÍLIA

Os termos religião e espiritualidade são utilizados freqüentemente como sinônimos, mas seus significados não são os mesmos. Religião é a crença em uma força divina ou sobrenatural que tem poder acima de tudo, e está relacionada a uma doutrina. Espiritualidade é uma orientação filosófica que produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor, fé, doutrina, fornecendo um significado para a vida (WARNER-ROBBINS, BOMAR, 2004).

A espiritualidade e a religião podem destacar as forças da família contribuindo para a formação das suas crenças e valores, incentivar comportamentos e práticas saudáveis, fornecer interações sociais, promover recreação e ajudar a família no enfrentamento de crises e transições da vida. O efeito da religião e espiritualidade sobre a saúde e bem-estar da unidade familiar inclui: alegria, bondade, fidelidade, amor, paciência, autocontrole, afirmação, suporte e entendimento (Warner-Robbins; Bomar, 2004). Para o idoso, o retorno a uma prática religiosa passa a ser mais evidente e sentida como indispensável (Cavalcante, 2002), isso se deve ao fato de a velhice ser considerada a última etapa da vida. Ocorre um aumento da freqüência sobre o pensar na morte e, sobretudo, a respeito do que vem depois dela. Se a questão da finitude parecia longínqua, pouco pensada, na velhice, torna-se mais próxima e até real. A morte de pais, de parentes e de amigos remete imediatamente à própria morte. Não é sem razão que muitos consideram a velhice como a etapa em que um balanço da vida é necessário e inevitável.

A Enfermagem Familiar propicia avaliar a religião e espiritualidade da família e ajudá-la a aperfeiçoar a capacidade de fortalecer suas características. O papel do enfermeiro na saúde espiritual inclui encorajar a família, ouvir e mostrar compromisso com a promoção da saúde (WARNER-ROBBINS; BOMAR, 2004).

## 2 JUSTIFICATIVA

Nos últimos trinta anos, países e comunidades têm empreendido esforços, em conjunto, para compreender os determinantes e as formas de promoção de saúde. As Nações Unidas, a OMS e outras agências internacionais preocupam-se com a saúde dos indivíduos, famílias, comunidades e nações. Os objetivos da Promoção de Saúde são: reduzir a iniquidade no cuidado da saúde e favorecer o acesso aos serviços; desenvolver políticas locais para a saúde dos cidadãos; fortalecer o ambiente físico e social para o apoio ao desenvolvimento saudável das famílias; melhorar os cuidados primários através de serviços básicos de saúde e enfatizar a promoção de saúde (STARFIELD, 2002)

Uma das estratégias para suprir as barreiras para execução de projetos voltados para promoção de saúde, utilizadas no Canadá, Inglaterra, entre outros países, é o fortalecimento da família através de políticas públicas de saúde da família. É de consenso internacional a importância da família como unidade básica da sociedade e a necessidade de seu fortalecimento através da criação de políticas públicas favoráveis à promoção da saúde em todas as fases da vida para que seja concretizado o conceito ampliado de saúde como qualidade de vida, como foi pactuada na Declaração do México, em 2000 (DUARTE, 2003).

As Nações Unidas designaram 1991 como o Ano Internacional da Família, com o objetivo de encorajar o diálogo entre governos, comunidades, organizações não governamentais provendo a satisfação das necessidades de saúde e educação das famílias nos níveis locais. O processo de desenvolver e aprimorar a capacidade das famílias de promover sua própria saúde é uma das responsabilidades dos profissionais de saúde e particularmente da enfermagem. A enfermagem sempre trouxe, em seus propósitos, o cuidado às famílias, mas somente a partir da década de 1970

encontramos os princípios de promoção da saúde da família como objeto da enfermagem familiar, uma especialidade derivada da enfermagem em saúde mental, saúde pública e pediátrica. A enfermagem familiar atua para aumentar a capacidade das famílias de atingirem um alto nível de bem estar nas mais variadas condições e fases de seu processo de desenvolvimento (BOMAR, 2004).

Apesar de ser uma especialidade relativamente nova, vem produzindo investigações e aumentando seu corpo de conhecimentos, introduzindo novas formas de atuação na prática de enfermagem. A referência teórica de Promoção da Saúde em Enfermagem Familiar proposta por Bomar (2004) oferece uma estrutura de conceitos para a pesquisa e a prática de atenção aos idosos que possibilita ao enfermeiro planejar e executar intervenções para o seu cuidado e de sua família, com vistas à qualidade de vida e promoção de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1.OBJETIVO GERAL**

Compreender a vivência de idosos na sua relação com a família, levando em conta a promoção da saúde da família.

#### **3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os apoios e as redes sociais de idosos.
- Identificar a comunicação, espiritualidade e religião como fonte de apoio aos idosos e a seus familiares.

## 4 MÉTODO

### 4.1 LOCAL

O projeto foi apresentado à coordenação das equipes de saúde da família do município de Patos de Minas, onde o estudo foi realizado. O município conta com 24 equipes de saúde da família e quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde. A Equipe de Saúde da Família -27 foi escolhida para este estudo. Ela presta assistência a 3.475 pessoas, dentre as quais 14 % são idosos. A equipe é composta de uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde tem por finalidade prestar assistência às famílias cadastradas na área de abrangência e servir de campo de ensino e treinamento a estudantes de cursos de graduação do Centro Universitário de Patos de Minas.

Esta equipe de saúde presta serviços como consultas médicas, de enfermagem, imunizações, curativos, coleta para exames de Papanicolau, puericultura, atendimento as gestantes, grupos educativos e visitas domiciliares. As pessoas são atendidas e, quando necessário, encaminhadas às Unidades de Primeiro Atendimento - UPA I, hospitais conveniados com Sistema Único de Saúde - SUS, Clínica da Mulher e à Clínica de Especialistas. Os exames e as consultas especializadas são realizados no município e também encaminhados para Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

O município de Patos de Minas implantou, em 2004, o programa “Agita Patos” em várias regiões da cidade, destinado às pessoas maiores de 40 anos. No bairro onde a Equipe de Saúde da Família -27 atua, as atividades acontecem todas as terças e quintas-feiras às 16 horas, contando com grande número de participantes, a maioria da terceira idade. Há, na cidade, o Centro de Convivência para a terceira idade e a equipe de saúde realiza grupos e atividades recreativas para este público.

## 4.2 ASPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA COM SERES HUMANOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca-SP - UNIFRAN (Apêndice 3). Obedecemos rigorosamente às normas oficiais vigentes para realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Foi apresentado aos sujeitos da pesquisa um documento com esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios, utilizando-se de linguagem clara e respeitando o desejo de participarem ou não da pesquisa (Apêndice 1), procedendo então a leitura, discussão e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice 2). Foi solicitado a todos os participantes que a entrevista fosse gravada, garantindo o anonimato de cada sujeito da pesquisa na apresentação dos resultados. Ficou esclarecido que as fitas seriam guardadas pela pesquisadora e que o sigilo das informações e a identidade dos informantes seriam resguardadas.

## 4.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, com a característica de estudo de caso com múltiplos sujeitos. A pesquisa qualitativa dedica-se a análise dos significados que os indivíduos atribuem às suas ações, sobre os quais constroem suas vidas e suas relações. Procura a compreensão do sentido dos atos e das decisões dos fatores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão (Chizzotti, 1998). As pesquisas que utilizam o método qualitativo trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Não têm qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto no qual algum fenômeno ocorre. Em vez da medição, seu objetivo é conseguir um entendimento mais profundo e, se necessário, subjetivo do objeto de estudo, sem preocupar-se com

medidas numéricas e análises estatísticas (Victora, 2000). Cabe-lhes, pois, adentrar na subjetividade dos fenômenos, voltando à pesquisa para grupos delimitados em extensão, porém possíveis de serem abrangidos intensamente. O material primordial da investigação qualitativa é, pois, a palavra que expressa a fala, sendo sua pretensão compreender, em níveis aprofundados, os valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos, atitudes e normas culturais que assegurem aos membros de um grupo ou sociedade atuação no seu cotidiano (Turato, 2005). Para tanto, a pesquisa não pode ocorrer em espaço construído artificialmente pelo pesquisador. Ela exige observações de situações cotidianas em tempo real (Deslandes, 2002). Como o objetivo deste trabalho é compreender a vivência do idoso e seus familiares, consideramos esta abordagem coerente para atingir o objetivo.

O estudo de caso tem a finalidade de detalhar as possibilidades de compreensão de um fenômeno ou evento que ocorre na vida real (Trivinõs, 1987). Ele é utilizado quando se pretende gerar conhecimento sobre um fenômeno dependente ou imerso na realidade social na qual ocorre. Os estudos de caso são também usados como etapas exploratórias na pesquisa de fenômenos pouco investigados, o qual exige estudo aprofundado de poucos casos, que leve a identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses para estudos posteriores ou como estudos-piloto para orientar o projeto de estudos de casos múltiplos (Mazzotti, 2006). Há muitas definições para estudo de caso, e quase todos os autores concordam que, mais do que um método, o estudo de caso se define pela construção do projeto, que estabelece o caso objeto de estudo. Desta forma, há estudos de caso em projetos qualitativos e quantitativos. Mais de um sujeito pode ser objeto do estudo, quando se pretende entender uma dada condição a que estes sujeitos estão submetidos. Não se pretende uma comparação entre os casos, portanto as similaridades e diferenças entre os casos escolhidos não importam. É uma busca deliberada para compreender significados da vivência do ser humano em uma dada condição complexa social, física ou situacional no mundo real (LUCK et al, 2006).

O estudo de caso se mostra pertinente quando os pesquisadores procuram responder às questões de “como” e “por quê” certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o

foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto da vida real (GODOY, 1995).

Nesta pesquisa pretende-se compreender a vivência de idosos e suas famílias, explorando as possibilidades de um cuidado que proporcione promoção de saúde. As pesquisas que abordam estudos de caso podem ser criticadas por apresentarem algumas fragilidades. Contudo, elas têm sido reconhecidas pela sua capacidade de oferecer um alto grau de detalhes e de conectar abstrações teóricas com a realidade da prática. Por esta razão tem se mostrado útil na pesquisa em ciências sociais (Flyvbjerg, 2006) e em enfermagem, particularmente quando o objetivo não é estabelecer abstrações conceituais destinadas a formalizar regras ou conceitos, mas planejar intervenções que proporcionem resultados efetivos na qualidade de vida e promoção de saúde, nas condições reais de existência da clientela atendida em determinados serviços (LUCK et al, 2006).

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em relação ao termo idoso, várias literaturas afirmam que não existe uma definição única sobre o conceito de velhice ou de idoso, porque a velhice não se define apenas pelo critério cronológico (PASCHOAL, 1996).

Os critérios de inclusão foram famílias de idosos acima de 70 anos, com condições de comunicação, e que utilizam os serviços da Unidade de Saúde da Família -27. O estudo de caso requer o estabelecimento de limites bem definidos. Estes limites devem ser explícitos (Luck et al., 2006). Neste caso estabelecemos como limites a idade, residir na mesma cidade, pertencer a uma mesma comunidade, a condição de estar sendo atendido no mesmo serviço público de saúde e estar vivenciando o processo de envelhecimento.

Para se obter bons resultados em uma pesquisa qualitativa é necessário escolher as pessoas que serão investigadas, sendo que, na medida do possível estas pessoas sejam já conhecidas pelo pesquisador ou apresentadas a ele por outras

peças da relação da investigada. Dessa forma, quando existe certa familiaridade ou proximidade social entre pesquisador e pesquisado as pessoas ficam mais à vontade e se sentem mais seguras para colaborar (BOURDIEU, 1999).

A seleção dos participantes se deu a partir de experiências anteriores com alguns dos clientes que fazem uso freqüente dos serviços da unidade de saúde. Durante consultas de enfermagem e visitas domiciliares foi feito o convite para participarem da pesquisa. Os sujeitos do estudo de caso devem ser identificados como tendo similaridades suficientes para serem tratados como parte de um mesmo fenômeno (Luck et al., 2006). Há uma intenção deliberada em compreender diferentes significados do processo de envelhecer e de diferentes necessidades de apoios num mesmo grupo populacional, na busca de aprofundar o conhecimento e não de estabelecer comparações.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em entrevistas, genograma, ecomapa e em prontuários. Para melhor identificação das famílias e de suas interações foram construídos juntamente com os participantes, o genograma e ecomapa de cada família.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa (Lakatos & Marconi, 1996), portanto destacamos os cuidados providenciados: as entrevistas foram planejadas tendo em vista ouvir todos aqueles considerados, pelo próprio idoso, membros de sua família atual. A agenda, o roteiro e o local foram planejados de forma a propiciar condições recomendadas pela literatura para garantir melhores resultados nesta modalidade de investigação. Foi respeitada a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, marcada com antecedência, para assegurar as condições favoráveis e melhores resultados. Os locais de encontro com os sujeitos da pesquisa para coleta de dados foram as próprias residências e a Unidade de Saúde da Família-27, considerando estes ambientes favoráveis a

entrevista. Os encontros foram agendados pessoalmente e confirmados por telefone um dia antes da entrevista. O horário das entrevistas foi determinado pelos sujeitos da pesquisa. Utilizou-se também um caderno de campo para anotações relevantes que não aparecem nas gravações. A leitura de prontuários foi realizada com objetivo de conhecer possíveis problemas de saúde e outros registros importantes. Ficou acordado que, se fossem necessários, outros encontros seriam agendados.

#### 4.5.1 Entrevista em Profundidade

A entrevista em profundidade, na qual o pesquisador constantemente interage com o informante, tem como principal função retratar as experiências vivenciadas por pessoas, grupos ou organizações. As entrevistas se basearam em questões relacionadas à história da família, as instituições ou locais que são considerados como apoio e as pessoas consideradas mais cuidadoras. Também foram abordados comunicação, espiritualidade e religião da família. As entrevistas foram gravadas e as fitas transcritas na íntegra para facilitar o entendimento de todo discurso. A transcrição foi feita pela pesquisadora e por uma auxiliar de pesquisa, com formação em iniciação científica, graduanda do último ano em enfermagem. Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro base para que o investigador não se perdesse em temas que não vem ao encontro do estudo.

As perguntas foram feitas levando em conta a seqüência do pensamento do pesquisado, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com certo sentido lógico para o entrevistado, fazendo com que relembresse parte de sua vida e evitando fazer perguntas diretas (Bourdieu, 1999). A entrevista aberta permitiu uma abordagem mais profunda sobre determinados assuntos e uma interação entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo as respostas espontâneas que foram de grande utilidade na pesquisa (Selltiz et al., 1987). Durante as entrevistas foram observados detalhes do ambiente, da postura dos entrevistados, das interações pessoais, com os dados anotados em um diário de campo imediatamente após o

encontro. Os depoimentos dos participantes estão apresentados nos resultados com recuo de quatro centímetros, espaçamento simples e identificados os autores das falas com nomes fictícios, entre parênteses.

#### 4.5.2 Dados dos prontuários

Os prontuários dos idosos sujeitos da pesquisa foram consultados e deles foram extraídas informações que ajudaram a conhecer seus problemas de saúde física e mental, tais como cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, depressão e ansiedade.

#### 4.5.3 Genograma e Ecomapa

Conhecer a estrutura da família, sua composição, funções, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente é vital para que o pesquisador compreenda melhor as relações entre seus membros (Nascimento; Rocha; Hayes, 2005). O genograma e o ecomapa foram construídos juntamente com os participantes da pesquisa à medida que foi se realizando a entrevista. Estes instrumentos de coleta são úteis para a compreensão das relações nas famílias, através das interações entre seus membros e deles com a comunidade. O genograma é um esquema da árvore da família, com pelo menos três gerações e informações sobre as relações entre os membros, indicando o sexo e a idade de cada membro, além de outras informações relevantes, como óbitos, ordem de nascimento dos filhos, divórcio e problemas de saúde. O histórico de saúde dos membros da família, como morbidade e mortalidade, traz informações importantes para o enfermeiro que poderão ser visualizadas rapidamente (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Durante as entrevistas, o enfermeiro pesquisador e os membros da família construíram juntos o genograma. Os entrevistados foram cooperativos e demonstraram interesse em ir completando o genograma.

O ecomapa fornece informações sobre as relações da família com pessoas ou instituições da comunidade. Ele representa também a natureza das relações com símbolos que identificam laços tênues, fortes, estressantes e fluxo de energia (Tarko e Reed, 2004). No ecomapa, os membros da família aparecem no centro do círculo. Já os contatos da família com a comunidade ou com pessoas e grupos significativos são representados nos círculos externos. Assim como o genograma, o ecomapa foi construído juntamente com a família, em vários encontros. Na medida em que ele foi sendo construído, revelou apoios e redes sociais que permitiram identificar as interações dos idosos com seus familiares e outras fontes de relações. Dentre as diversas vantagens da utilização do genograma e do ecomapa, destaca-se a possibilidade de observar e analisar barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas; explorar aspectos emocionais e comportamentais em um contexto de várias gerações; auxiliar os membros da família a identificar aspectos comuns e únicos de cada um deles; discutir e evidenciar opções de mudanças na família e prevenir o isolamento de um membro da família, independentemente da estrutura familiar (TARKO e REED, 2004).

A coleta de dados, através destes instrumentos, contém informações pessoais, de caráter confidencial, que revelam a vida da família e sua história em profundidade. Proteger a privacidade e a confidência deve ser uma das preocupações mais importante dos enfermeiros pesquisadores (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Estes instrumentos enriqueceram a coleta de dados desta pesquisa, trazendo informações necessárias para entendimento da família como contexto de cuidado para o idoso. O genograma e ecomapa serão apresentados neste trabalho conforme acordo com os sujeitos participantes.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE RESULTADOS

Ferreira (2003) traz um percurso de trabalho com dados de pesquisa a partir da perspectiva da análise de conteúdo. No caso de entrevistas transcritas, a sua reunião constituirá o corpus da pesquisa. Para tanto, é preciso obedecer às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada; a amostra deve representar o universo; os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes; os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa; um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

Todo o material transcrito das entrevistas, as anotações do diário de campo e as figuras dos genogramas e ecomapa foram submetidos a uma primeira leitura, na busca de hipóteses ou questões norteadoras, seguindo as recomendações de Bardin (2004).

Como o objetivo geral desta pesquisa é compreender as vivências da família com idosos de acordo com o quadro teórico Promoção da Saúde em Enfermagem Familiar, o interesse foi verificar as características da estrutura das famílias, seus mecanismos de comunicação, os papéis e as fontes de apoio, incluindo as redes sociais. Outras possibilidades de categorias, construídas a partir do material empírico, não estabelecidas no roteiro, também foram levantadas, seguindo sugestão de Bardin (2004).

A análise categorial temática, proposta por Bardin (2004), foi a técnica utilizada para sistematizar os dados qualitativos. A partir desta orientação teórico-metodológica, realizamos primeiramente a pré-análise. Nesta etapa foi realizada uma organização e leitura flutuante dos documentos: entrevistas transcritas, diário de campo, genograma, ecomapa e dados do prontuário. Depois desta leitura foi feita a pré-categorização dos dados, com base no conteúdo das entrevistas e agregação destes dados. As categorias foram sendo construídas a partir dos indicadores de apoio, incluindo a comunicação e a espiritualidade como forma de apoio e a religião como

integrante da rede social. O material foi organizado com margens à esquerda e à direita para anotações utilizando caneta de cores diferentes para marcar semelhanças e contrastes (FREITAS, 2002).

Após a pré-categorização, foi realizado um agrupamento de dados em cada categoria. Este processo se constitui em seleção e agrupamento conforme similaridades com as categorias pré-estabelecidas. Consiste em “recortar” e “colar” partes do universo de documentos, com anotações do contexto do discurso (Pope; Mays, 2005). A análise final consistiu na articulação entre os dados e o referencial teórico da pesquisa, com base nos objetivos propostos.

## 5 RESULTADOS

Participaram deste estudo três famílias, A, B e C, constituídas pelos membros das famílias e seus cuidadores, totalizando seis sujeitos, dentre eles quatro idosos. Uma família era constituída por uma idosa viúva, que morava sozinha, e contava com uma ajudante que se dispôs a participar da pesquisa, mas por não ser considerada pela entrevistada como da família foi excluída da pesquisa como sujeito de investigação. A segunda família era composta por um idoso e sua mulher que também foi ouvida; o filho deste casal não se dispôs a participar do estudo. A esposa participou da pesquisa como membro da família, mas não como idosa, por ter apenas 60 anos. Na terceira família, um casal, participou como sujeito, de acordo com os critérios de inclusão. Deste grupo familiar, também foi ouvida uma das filhas deste casal por ter sido mencionada na entrevista como sendo a mais cuidadora.

Os sujeitos participantes não demonstraram constrangimento em participarem da pesquisa. Quando lhes foi garantido o anonimato e sigilo das informações, deixaram claro que não haveria necessidade, pois sentem orgulho de poder contar um pouco de suas vidas. Mesmo estando autorizada a usar os nomes verdadeiros, optamos em identificar as famílias por letras do alfabeto obedecendo a ordem das entrevistas: família A, B e C. Os participantes serão identificados pelos nomes fictícios Ana, (Família A), Beatriz e Bonifácio (Família B), Carla, Cássio e a filha Carolina (Família C).

É importante salientar que essas famílias apresentam várias demandas por cuidados, pois são constituídas por idosos com doenças crônicas.

Na Tabela 1 apresentamos a caracterização das famílias participantes do estudo, segundo número de membros da família, sexo, idade, número de membros participantes e número de contatos com a família.

**Tabela 1** – Famílias participantes da pesquisa, de acordo com sexo, idade, número de participantes e número de contatos com a família.

Identificação da família	Participantes da pesquisa	Identificação do idoso	Número de participantes	Numero de contatos com a família
A	<b>Idosa A</b> (Ana)	Sexo: feminino Idade: 82 anos	01	03
B	<b>Idoso B</b> (Bonifácio) e esposa B(Beatriz)	Sexo: Masculino Idade: 81 anos	02	04
C	<b>Idoso C</b> (Cássio) <b>Idosa C</b> , (Carla) Filha C(Carolina)	Sexo: Masculino Idade: 70 anos Sexo: feminino Idade: 74 anos	03	03

## 5.1 APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS

**Família A.** A família A é unipessoal. A Ana tem 82 anos, viúva, é a terceira filha de oito irmãos, do primeiro casamento do pai. Cinco já faleceram. Em um segundo casamento, o pai teve quatro filhos, todos vivos. Ana não teve filhos, é analfabeta e tem uma ajudante durante o dia de segunda a sábado. Durante a noite fica sozinha e aos domingos recebe ajuda de uma vizinha. Mora em casa própria, com dois quartos, sala, cozinha e banheiro. A construção é de alvenaria, possui rede pública de água, esgoto e energia elétrica. O quintal é pequeno, com muitas plantas, flores, ervas de chá e verduras. Possui meios de comunicação, como rádio, telefone e televisão. Não tem

planos de saúde e há 11 meses foi atropelada quando voltava da missa por um menor que conduzia uma motocicleta. Teve fratura exposta na perna direita e foi submetida a várias cirurgias.

Permanece a maior parte do tempo na cama, consegue andar com auxílio de um andador. Tem diabetes, chagas, hipertensão arterial e teve hanseníase. É aposentada e durante 10 meses recebeu ajuda financeira do pai do menor infrator para pagar a ajudante. Há dois meses não recebe este auxílio e aguarda decisão judicial. Quem acompanha Ana às consultas, ao hospital e às audiências judiciais, é a ajudante. É ela também que providencia as compras de supermercado, solicita visita da médica da equipe de saúde e a acompanha aos exames regulares de controle da diabetes e hipertensão arterial.

Enquanto construíamos o genograma, Ana lembrava fatos de sua vida. Vem de uma família de muitos irmãos, o pai casou-se duas vezes, e hoje está morando sozinha. O genograma mostra uma relação conflituosa no passado com o esposo. Uma relação forte com sua madrasta, mantida ainda, e com um irmão já falecido. Como muitos dos membros já são falecidos, ela formou uma família unipessoal.

O ecomapa evidenciou relações fortes com a vizinha, com os membros da eucaristia da igreja católica, com o serviço de saúde da família. Ana mantém uma relação de amizade e cooperação com as pessoas que pertencem a estas instituições e com a vizinha, compartilhando com elas situações diárias, tendo-as como referência quando necessita de apoio. As relações são fracas com a família. Com Arlete, a cuidadora, são conflituosas. Embora não reconheça Arlete como membro da família, ela depende de seus cuidados, sendo que a dupla forma uma díade mutuamente dependente. Uma precisa do cuidado e a outra do emprego.

FAMILIA "A"

Legenda

- Homem
- Mulher
- ○ Casamento
- ⊗ ⊗ Morte
- ⊞ ⊞ Caso Índice
- ○ Filhos Biológicos
- ? Idade não informada

Idade = dentro do simbolo  
 Ano Nascimento = escrito acima e à esquerda do simbolo  
 Ano Morte = escrito acima e à direita do simbolo

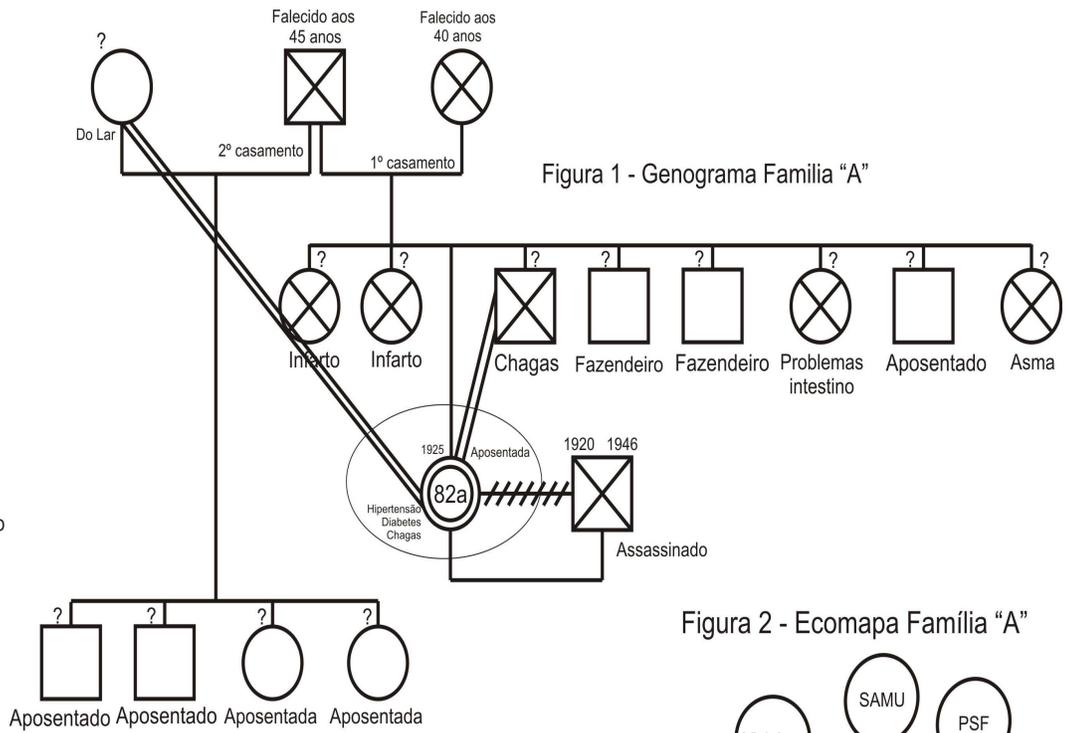
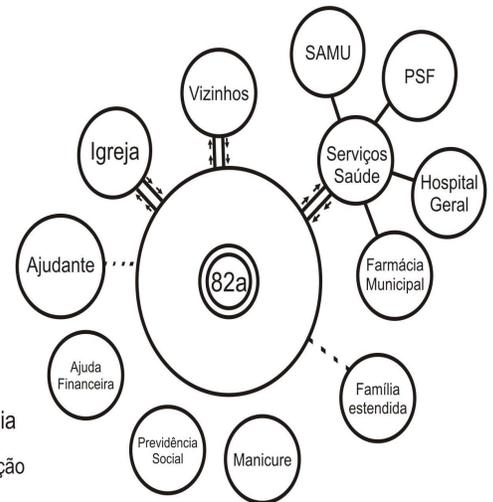


Figura 2 - Ecomapa Família "A"

Legenda

- Intensidade da Relação
- ==== Mais forte
- ===== Forte
- Fraca
- ///// Conflitos
- ⇌ Fluxo de energia
- Ausência de relação



**Família B.** A família B é nuclear, composta por três membros, um casal (Bonifácio e Beatriz) e um filho do casal. Não são casados legalmente, tem uma relação estável há trinta anos. Bonifácio foi casado por 22 anos e teve sete filhos, todos vivos. Ele tem 81 anos, é chagásico, analfabeto, tem perda auditiva acentuada, faz tratamento para dislipidemia e insônia. A mulher, Beatriz, tem 60 anos, do lar, analfabeta, com história de artrose, osteoporose e depressão. Não têm plano de saúde e quando precisam, procuram a Unidade de Saúde da Família, a Unidade de Primeiro Atendimento e em casos urgentes o Serviço Móvel de Urgência - SAMU. O filho B tem 22 anos, trabalha em confecção de couro. A primeira esposa de Bonifácio teve problemas mentais e procurou o espiritismo para tratamento. Ainda, durante o tratamento, foi morar em um prostíbulo. Bonifácio conheceu sua segunda esposa no centro espírita. Nesta segunda união tiveram dois filhos, um morreu ainda criança por afogamento. Os filhos do primeiro casamento de Bonifácio foram morar com o casal. Beatriz tem uma filha que foi criada pela avó materna. Bonifácio foi sapateiro por muitos anos e teve câncer no nariz. Segundo seu relato, foi devido à cola utilizada por muitos anos na confecção de calçados. É aposentado e ainda trabalha, confeccionando peças íntimas femininas, no seu domicílio. Ele faz as despesas da casa, faz compras de supermercado, vai ao banco. O casal freqüentava o forró, mas relatam que têm ficado com medo de sair à noite. Têm casa própria, com dois quartos, sala cozinha e banheiro. Anexo a casa, tem dois cômodos, um onde Bonifácio trabalha e o outro é usado para práticas espíritas. Beatriz teve dez irmãos e todos já morreram. O genograma evidencia relações fortes entre o casal e filho B. As relações com a família estendida têm conflitos. Foi relatado que uma das filhas é mais cuidadosa. Nota-se uma relação conflituosa com um dos genros, relacionado ao alcoolismo do genro. O filho B não participou da entrevista, pois, segundo a mãe, ele chega muito tarde do trabalho, mas que aceitaria fazer parte da pesquisa.

FAMILIA "B"

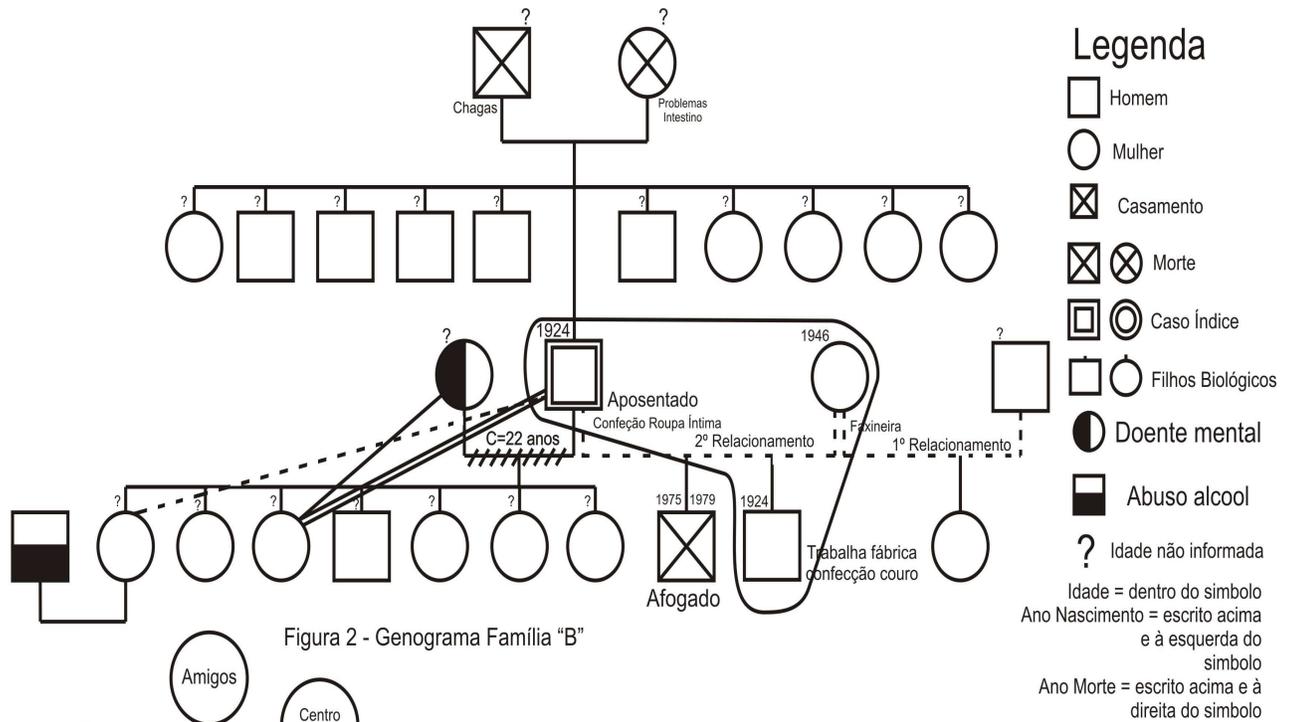


Figura 2 - Genograma Família "B"

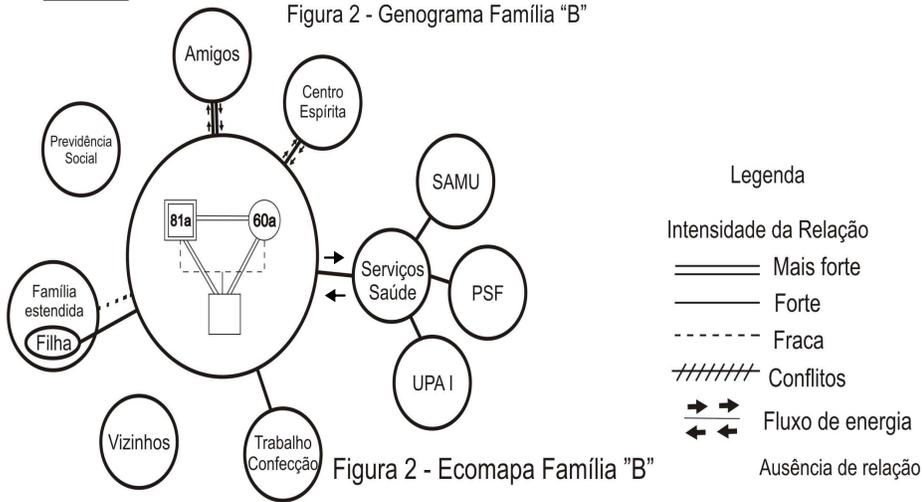


Figura 2 - Ecomapa Família "B"

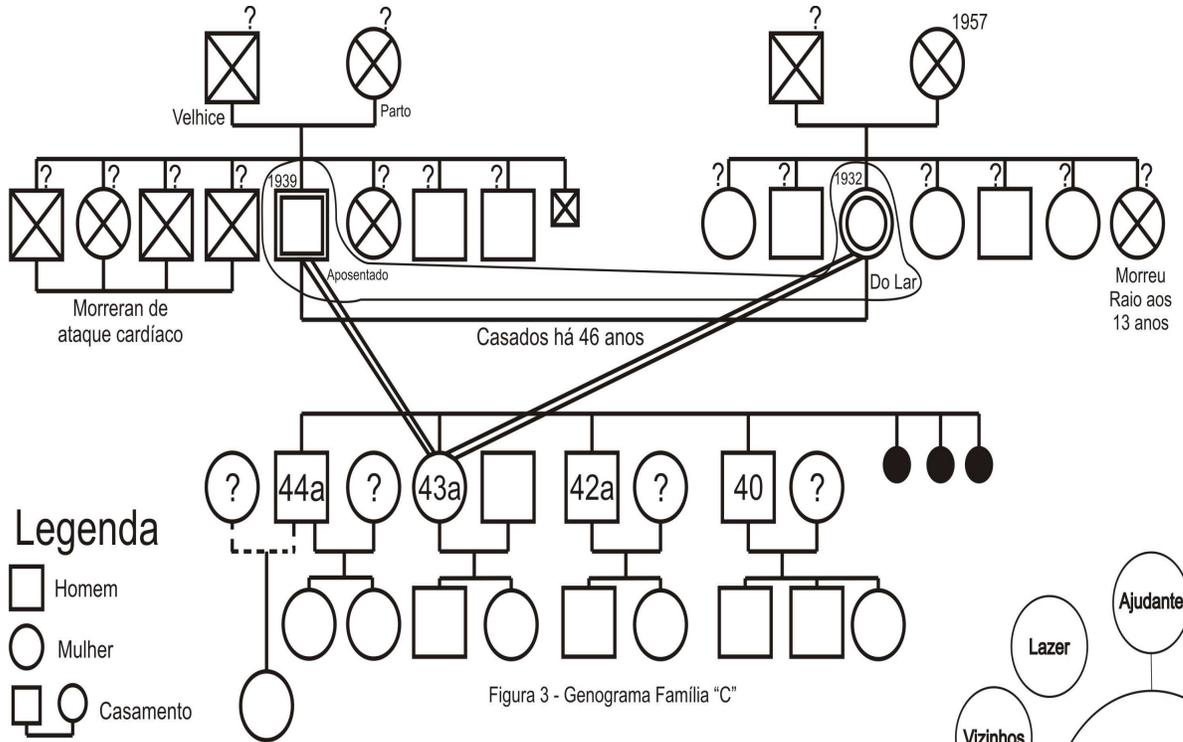
**Família C.** A família C é composta por Cássio e Carla, ambos idosos, casados, a família de origem de ambos é extensa. Tiveram um natimorto, quatro filhos vivos, três homens, uma mulher e três abortos. Todos os filhos estão casados. O marido é aposentado e a esposa recebe benefício por doença. Não dividem as tarefas da casa e duas vezes por semana a ajudante da filha C faz o serviço de limpeza e organização da casa. Possuem boa condição socioeconômica. São proprietários de um prédio de três andares, moram em um dos apartamentos, com três quartos, sendo uma suíte, sala, copa, cozinha, dois banheiros e área e trabalho. Dois filhos homens e a filha mulher moram no mesmo prédio em apartamentos cedidos pelos pais. Sempre que necessário ajudam seus filhos e netos. Quando foi perguntado quem eles consideravam mais cuidadosos entre os filhos, eles reconhecem na filha Carolina uma grande preocupação com eles. A ajudante C também mora no prédio em um cômodo planejado para este fim. Outros apartamentos são alugados, o que também gera renda para a família.

Foi observada a existência de estátua grande de São José na sala e várias estátuas pequenas nas dependências. Todo dia dezanove de cada mês, reza-se o terço em intenção da família junto aos convidados da igreja e vizinhos. A esposa frequenta a igreja diariamente, o marido vai à missa no domingo. Durante muitos anos participaram de encontros de casais e compromissos na igreja católica. Carla pertence à ordem terceira da igreja franciscana. Colaboram com entidades como “Amparo Maternal” (apoio a crianças pobres) e “Pró-curar-se” (apoio aos portadores de câncer).

Utilizam os serviços da Unidade de Saúde da Família. O plano de saúde foi suspenso há alguns meses, referem ter um bom tratamento quando precisam do sistema público. Quando não têm tratamento no serviço público, procuram atendimento particular. Têm um bom relacionamento com os vizinhos. Apresentam algumas dificuldades na realização das atividades da vida diária e não praticam atividades físicas regularmente.

Há facilidade de comunicação na família. Carla relata que conversa muito com seu esposo e quando precisa chama os filhos para conversar. Reúnem-se nos aniversários e fazem viagem juntos. Esta afirmação foi confirmada quando a filha Carolina foi entrevistada.

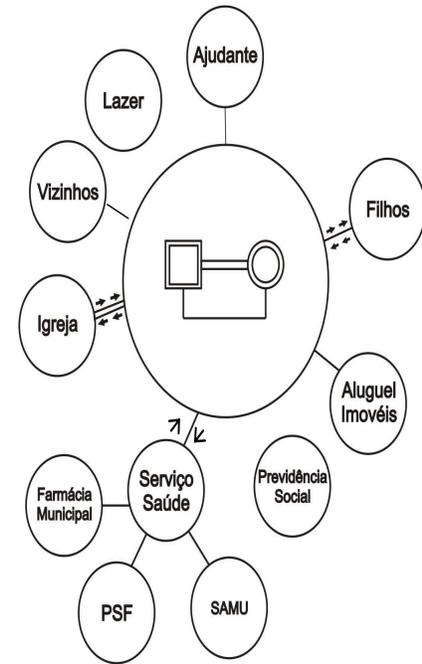
FAMILIA "C"



Legenda

- Homem
  - Mulher
  - ○ Casamento
  - ⊗ ⊗ Morte
  - ○ Caso Índice
  - ○ Filhos Biológicos
  - Aborto
  - ⊗ Natimorto
  - ? Idade não informada
- Idade = dentro do simbolo  
 Ano Nascimento = escrito acima e à esquerda do simbolo  
 Ano Morte = escrito acima e à direita do simbolo

Figura 3 - Genograma Família "C"



Legenda

- Intensidade da Relação
- ==== Mais forte
- ===== Forte
- Fraca
- ///// Conflitos
- → Fluxo de energia
- ← ← Ausência de relação

Figura 3 - Ecomapa Família "C"

Na observação do genograma, pode-se avaliar a composição familiar, e a representação da estrutura extensa de cada família de origem do casal. A relação entre o casal é forte, bem como a ligação com a filha. Durante a entrevista ficou esclarecido que a filha é a mais cuidadosa, mas que tem um bom relacionamento com todos os filhos. O Ecomapa mostra a forte ligação com a igreja católica, evidenciando a religiosidade.

## 5.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISE

### 5.2.1 Apoio e Rede Social

O Genograma e o Ecomapa auxiliaram na visualização dos apoios e da rede social, conforme referencial teórico proposto para este estudo. O apoio social é avaliado por quatro classes: emocional, informativo, instrumental e de reforço.

Alguns relatos foram identificados como apoio emocional.

Eu acho que o José gostava muito de mim, ele pegava assim na minha mão ó. (mostra a mão esquerda espalmada e segura com a direita os dedos) e ficava segurando e falava assim: - O que você precisar me fala, eu não vou deixar você passar falta de nada... mas ele morreu primeiro... acho que ele era o melhor deles... (Ana).

Sabe, eu não gosto de ganhar comida, você me entende, toda vez eu choro, é pra ficar alegre, mas eu choro... choro também quando escuto a missa no rádio... (chora neste momento) (Ana).

Posso contar com eles (os filhos). Agora graças a Deus eu nunca precisei, mas por conta de doença eles estão todos correndo aqui. O Wellington também me ajuda nas orações. Posso contar com ele (Bonifácio).

Todos combinam, eles (os filhos) gostam muito dela (a esposa) e considera ela. Veio viver com a família e ela ajudou a casar todo mundo (Bonifácio).

Nós nunca brigamos, é igual dois irmãos, nós somos muito amigos, somos companheiros, ele é uma pessoa ótima (Beatriz).

Ele tem a esposa dele ainda, nós moramos juntos, mas eu não me importo com isso não, eu tenho dó dela, ela precisa de ajuda para dar banho, comida, eu ajudo a filha dele a cuidar dela (Beatriz).

Arrumei uma moça para trabalhar aqui, aí nós registramos a carteira dela e ela nunca mais saiu, ela mora aqui com a gente também, mas não mora aqui dentro do apartamento não, mora no prédio, nós arrumamos um quartinho lá no terraço, onde ela põe as coisinhas dela, mas ela come é aqui com a gente....Eu considero ela assim como uma filha sabe... (Carla).

Cuidar mais é ela (filha), é só ela de mulher, ela que cuida mais de mim, que leva ao medico, ao dentista... pra todo lado..., é ela que vai comigo. Todos preocupam comigo, mas ela é diferente (Carla).

Sim, eu que sou a mais cuidadora porque eles só me têm de filha mulher e no caso a mulher preocupa mais, então é por isso que eu preocupo mais com eles, de estar dando mais atenção... (Carolina).

Não eles ficam despreocupados porque eles sabem que eu faço então eles nem se preocupam se minha mãe adoce porque eles sabem que eu cuido, então ninguém preocupa ninguém fica com ciúme, é do tipo assim, hoje eu estou com vontade de ir lá, eles vão, visita e só, mas responsabilidade nenhum deles tem, mas quando a coisa aperta aí é só eu falar que eles me ajudam, a qualquer hora eles vem me ajudar... (Carolina).

O apoio emocional vem dos filhos, esposa e cuidadores. Este tipo de apoio está associado ao cuidado e atenção que recebem dos que estão mais próximos e se preocupam com vários tipos de cuidados: alimentação, saúde, orações. O apoio vem também junto com a religiosidade. A emoção provocada pela missa, a ajuda do

cuidador nas orações, são apoios emocionais importantes, e agradecidos a Deus que, em última instância, é o grande provedor.

O apoio informativo é identificado por informações formais ou informais, oferecidas por profissionais ou pessoas que tem contato com a família. O suporte informativo se difere da “comunicação” porque se trata de mensagens enviadas aos familiares cuidadores, relacionados às condutas terapêuticas e ao cuidado.

Enquanto a comunicação é uma via de mão dupla, com troca de mensagens, a informação restringe-se a emitir comunicado. Se os profissionais conseguem estabelecer um diálogo, nos quais os cuidadores, familiares e idosos também são ouvidos em suas manifestações, as informações formais são mais bem captadas.

Nos depoimentos, os idosos se apresentam tranquilos nas suas comunicações com as instituições das quais dependem, como o serviço de saúde e família.

Vocês são todas muito boas pra mim, ó eu te conheci na reunião do controle da diabete, aí eu fiquei gostando muito de vocês, achei você uma pessoa muito prestativa, aí eu machuquei e vocês vinham aqui mais amiúdo, a doutora vinha, aquela outra vinha quase todo o dia, agora vocês deram uma sumida, eu tenho muita gratidão de coração por vocês, eu já falei o dia que eu morrer quero vocês todos lá ( Ana).

A doutora me deu uns exames pra fazer, depois ela me passou para outro médico, e ele falou que tinha uma coisinha muito à toa e que não precisava de remédio não (Bonifácio).

Perdi três filhos... Dava hemorragia, ia perdendo sangue... Num saía não, ao ponto de que o médico falava pra gente que era a placenta que colava, pregava no útero, não reagia... Fazia raspagem, foi terrível, não sei como estou viva.... (Carla).

As informações dos profissionais de saúde são bem recebidas, sem questionamentos. Não houve relatos de conflitos entre os entrevistados e a equipe de saúde.

O apoio instrumental se refere à oferta de recursos materiais e operacionais.

Aqui tem a vizinha que também é muito boa, traz o almoço no domingo, tem dia que ganho dois almoços... (Ana).

Eu guardei um dinheiro da aposentadoria, 50 por mês, porque eu paguei o INPS e aí eu aposentei, eu compro meus remédios da diabete, compro o armazém, tenho minha casa pra morar... Olha vou falar pra você, aqui se eu falar que é difícil passar um dia sem comer carne, mas se passar num mata não. Essa casa eu comprei porque eu morava lá perto da rodoviária na beira da lagoa, quando chovia tinha que arrumar calço na cama, você sabe né, pra água num subir. (Ana).

A gente vai deixando uma sobrinha de dinheiro, e vai levando lá pro banco... No início de nossas vidas a gente passou muito trabalho, não foi por culpa minha nem dele, nunca tivemos ajuda de ninguém ... e foi nessa vida de mirreis em mirreis e graças a Deus tudo que nos temos foi tirado de lá ( padaria). (Carla).

Eles alugam um apartamento, tem o dinheiro da aposentadoria dele e ela é encostada. Tanto é que, às vezes, até folga e a mamãe dá presentes para os netos, ela divide e dá a mesma quantidade de dinheiro para cada neto, pra ninguém ficar com ciúmes... (Carolina).

Eu sou aposentado como sapateiro, agora tem meu filho com ela aqui, é um santo de filho, não bebe, não fuma, ta sempre com a gente aqui. Ele incomoda comigo, num quero saber quanto ele ganha, eu não quero nada, eu quero é que ele me respeita me dá paz, me dá amor... E eu estou trabalhando e faço as compras, porque sou eu que faço as compras, e a minha vida é essa... Minha despesa é muito pequena... (Bonifácio).

A previsão feita na juventude foi importante, porque agora estão colhendo os frutos. Os idosos e seus familiares relatam que na juventude trabalharam, pouparam,

fizeram jus à aposentadoria e agora desfrutam de benefícios materiais que são suficientes. Podem, também, agradecer outros familiares com presentes. Relatam que preferem receber carinho a bens materiais.

O apoio de reforço é entendido como afirmações positivas sobre as condutas dos familiares ou resultados efetivos sobre os cuidados ministrados.

O casamento está sempre firme, de vez em quando nos damos uns travos, mas só de conversa, cada um toma conta da sua culpa e pronto, e vive graças a Deus, se Deus quiser eu ver de damos conta de partir o queijo lá no céu... (Carla).

É o que eu falo realização de pensar que nós ainda vamos fazer plano de uma coisa boa que vai dar certo pra a nossa família e para nós, não. Isso nós não precisamos esperar, mas a gente tem um plano bom pra eles, a gente tem, o que a gente quer é ajudar ter um pouquinho de força pra vencer o que puder, o que puder a gente vence... agora tem que por na cabeça dos meninos a ajudar os netos. (Carla).

Verificamos, nos depoimentos, que as redes sociais são constituídas pela própria família, principalmente filhos, a Igreja, o Serviço de Saúde e a Previdência Social. A relação com a Igreja se confunde com sua religiosidade, isto é, suas crenças, fé em Deus. Todas as famílias manifestaram em suas falas crenças que os ajudam a superar as adversidades da vida. Os resultados mostram, também, a crença como meio através da qual a salvação poderá ser encontrada. Relacionam à espiritualidade uma oração pelo encontro no final da vida.

Sinto bem no centro espírita e eu vou à igreja católica também, não tenho problema com isso... (Beatriz).

Ele é mais preguiçoso, todo domingo vai à missa e acha que vale pra semana inteira, mas eu falei com ele: - Oh, nós temos que ir ao meio da semana também, aproveitar as oportunidades, porque tem confissão, porque a gente peca, não é? (Carla).

Há uma interseção entre os apoios e a interação em redes sociais, de tal forma que não é possível, na prática, fazer uma separação. Para fins de análise, podemos identificar que, dentre as redes sociais entendidas como família, vizinhos e religião, há pessoas que estão mais próximas, são mais carinhosas e oferecem mais apoio do que o conjunto da rede.

### 5.2.2 Comunicação

A comunicação, como já foi discutido anteriormente, é a troca de informações verbais, não verbais e escritas. Quando os indivíduos se comunicam, há uma troca de informações e interpretações que é influenciada pela situação vivida no momento. (CRAWFORD e TARKO, 2004). Sob este aspecto, os entrevistados da família C responderam que há um bom relacionamento entre seus membros. Nas famílias A e B, a comunicação é pequena, devido à falta de contato entre os familiares.

A comunicação entre os membros da família apresenta-se de forma verbal e não verbal. Nos depoimentos, os idosos se apresentam tranquilos nas suas comunicações com as instituições das quais dependem, como o Serviço de Saúde e a família. Preocupam-se em não dar trabalho e explicitam suas necessidades e as providências tomadas para não sobrecarregarem seus cuidadores. É nessa atitude que aparecem a religiosidade e a fé permeando suas manifestações.

E se dá bem... Graças a Deus, a gente faz tudo pra ver se Deus tem dó e vai até o fim, qualquer azar que tem na família, uma coisa errada, ele chama os filhos, nós os chamamos ainda... (Carla).

Inclusive o tratamento que o Cássio e fez lá no Regional (hospital), até que durante o dia eu ficava com ele, a noite a Carolina ficava Ela falava: -Não mamãe , eu vou ficar com ele, a senhora não vai ficar de noite na friagem não! (Carla)

Eu já chamei o Nico (irmão) aqui e contei tudo pra ele: - Olha eu comprei um terreno no cemitério, mandei fazer uma carneira, estou pagando o São Pedro (plano funerário), pra vocês num te despesas comigo... Sabe é que eu não gosto de dá trabalho pros outros... (Ana).

Ah! Não... Todos ficam nas suas casa, sabe? É que todo mundo tem seus problemas, seus serviços, né? Mas eles ligam para mim, dá notícia e a vida continua. Eles têm a obrigação deles (os filhos do Bonifácio), mas eles sempre vêm aqui em casa num feriado, num domingo, sempre quando eles podem vem aqui (Bonifácio).

É só com a minha filha que eu não freqüento muito bem a casa dela... (por que o marido é alcoólatra) (Bonifácio).

Entre os casais das famílias B e C, na comunicação não verbal, a esposa manifesta que a relação sexual foi substituída pela compreensão e respeito entre ambos.

Não, não mudou nada, é a mesma coisa, a única diferença é que não temos mais sexo, desde que ele operou o nariz por causa da anestesia e aí ele não consegue mais, mas eu respeito ! Não reclamo, parecia que ele tinha medo de eu pular a cerca, mas isso nem passou pela minha cabeça, e nós somos como irmãos, a gente conversa, tem diálogo , ele é uma pessoa muito boa, me tratou muito bem a vida toda...( Beatriz).

Agora sobre nós dois viver, a convivência nossa, minha e dele, não tem nada a ver não, porque ele não é muito de ilusão, eu também não sou muito assim não, então a gente dá bem pra entender um ao outro (Carla).

Nosso propósito foi o de compreender a vivência de idosos na sua relação com a família, identificar os apoios e as redes sociais, e identificar a comunicação, espiritualidade e religião como fonte de apoio aos idosos e a seus familiares. Também, durante as entrevistas, eles foram estimulados a falarem sobre o envelhecimento e responderam que não têm preocupação quanto a isso. Na visão deles, o

envelhecimento é um processo. Para dizer como estão agora eles fazem um retrospecto de toda sua história de vida, falam da juventude e do casamento. Têm um propósito ligado aos laços que fizeram. Embora saibam que a vida é finita, eles permanecem no processo com expectativas. Relatam ainda não ter medo da morte e sim medo de ficarem doentes, relacionado à perda de autonomia e dependência .

Sabe eu não tenho medo de ficar velha, o que eu tenho medo é só a doença num dá conta de andar , de fazer nada, ficar pro mão dos outros, ficar doente, o que eu tenho medo é só isso. Eu já chamei o Nico ( irmão ) aqui e contei tudo pra ele: olha eu comprei um terreno no cemitério, mandei fazer uma carneira, estou pagando o São Pedro ( plano funerário), pra vocês num te despesas comigo. Sabe, é que eu não gosto de dá trabalho pros outros ( Ana ).

O que eu estou sentindo é jovem, feliz, a cabeça tá boa, não tem nada. A gente nunca pode perder a felicidade, a felicidade até com a morte eu espero ela, porque ninguém morre, a gente morre, sai do corpo e consegue a sua vida espirituana lá, e então eu quero a vida espirituana (Bonifácio).

Eu sei que ela está chegando, e vai caindo, vai ficando cada vez mais fraco mais dependente de remédio, dependente de pessoas ajudarem a gente. Essa aí eu nunca tive medo, nunca me preocupou hora nenhuma, só que eu falo muito, peço muito perdão a Deus porque preparada não estou, eu sei que não estou, mas sei que ninguém dá conta de preparar para Deus. A hora que Ele ver que é minha hora, eu estou presente (Carla).

## 6 DISCUSSÃO

O crescente envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, ressalta a importância de medidas para se lidar com esta situação. Os idosos, expostos a situações de vulnerabilidade, estão sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença. O apoio e as redes de apoio social devem atuar na integração do idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social e, conseqüentemente, de danos à sua saúde por meio de medidas que podem ser realizadas como a família (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Os resultados encontrados nesta pesquisa empírica não podem ser generalizados, pois se referem a um grupo muito particular. Contudo, a análise compreensiva dos depoimentos nos revela quão importante é individualizar o cuidado e, ao mesmo tempo, ao confrontar com a literatura, direcionar os achados comuns para programas e estratégias que atendam as necessidades que são comuns a este grupo etário.

As observações do ambiente, no qual os idosos vivem os contatos com os membros da família mais ligados a eles, foram reveladores de suas necessidades e de suas fontes de recursos para o enfrentamento das doenças crônicas que os acometem e do processo de envelhecimento. Idosos e doentes crônicos se mostraram mais dependentes de fontes de apoio, dado confirmado pela literatura (TANYI, 2006).

As entrevistas indicam que este grupo de idosos enfrenta o envelhecimento com tranquilidade. Apesar da convivência com doenças e agravos, suas histórias de vida revelam ganhos e não apenas limitações, evidenciando a capacidade de enfrentamento e o apoio familiar e social como o diferencial na sua vivência.

A relevância do apoio e rede social na promoção da saúde dos idosos é tema que merece discussão (Martins, 2003) porque, a partir desse conhecimento, os

profissionais que atuam em serviços de assistência podem planejar o cuidado utilizando múltiplas fontes de recursos com vistas à otimização de sua qualidade de vida. Os quatro casos em estudo mostraram que os idosos têm em comum suas famílias de origem muito grandes, com muitos irmãos e agora, na fase atual, definem suas famílias com poucos membros. Desta forma, o serviço de saúde, os vizinhos, a comunidade da igreja que freqüentam, a previdência social e outros serviços institucionais tornam-se redes importantes de apoio para suprir suas necessidades. O apoio é um promotor de assistência que ajuda, facilita e assegura a sobrevivência dos seres humanos. As relações que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo promovem o bem estar físico e psicológico (VAZ SERRA, 1999).

A família e os amigos são as primeiras fontes de cuidados. A falta de apoio familiar leva o idoso aos asilos, casas de repouso e outras formas de institucionalização (CALDAS, 2003).

Os depoimentos indicam que são as pessoas mais próximas, esposa, filhos cuidadores que lhes oferecem o apoio emocional e de reforço que precisam para se sentirem bem. A literatura confirma a necessidade de apoios, enfatizando que também os cuidadores precisam de informações, apoio emocional e ajuda de profissionais de saúde. Alguns autores recomendam aos enfermeiros que se comprometam mais no diagnóstico de necessidades de apoios emocionais e ajudem os familiares, cuidadores de idosos, a se fortalecerem (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

O apoio social é um processo dinâmico e complexo, que envolve relações entre indivíduos e suas redes sociais, satisfazendo necessidades e completando os recursos pessoais que já possuem para enfrentarem as novas dificuldades e atingirem novos objetivos (MARTINS, 2003).

Durante as entrevista identificamos que há comunicação entre os membros das famílias, mas também, o que se percebeu é que muitas vezes os próprios idosos têm dificuldade de comunicar as suas necessidades e pedir auxílio. Esta dificuldade pode estar relacionada às suas próprias personalidades. Há a necessidade de profissionais de saúde atuarem junto às famílias que assistem e cuidam dos idosos,

estimulando a comunicação não só com enfoque na transmissão de experiência de vida, necessidades do cotidiano, mas também como processo terapêutico.

O serviço de saúde foi identificado por todos os participantes desta pesquisa que reconhecem que os profissionais que se interessam por eles, estão disponíveis quando requisitados e até mencionaram que sentem falta das visitas no domicílio, conforme citado na entrevista.

O apoio instrumental identificado, como a seguridade social, e percebidos pelos entrevistados, é que lhes garante as necessidades fundamentais como alimentação e medicamentos.

A espiritualidade e suas crenças religiosas são importantes para eles e contribuem para fortalecer as relações sociais, pois sentem obrigação de participarem da missa, grupos para rezar terços, recebem religiosos em suas casa, acolhem pessoas para orações e reconhecem que nunca faltou o necessário para viver dignamente porque a fé os sustentou. Mais importante é seu significado para a aceitação de suas limitações e finitude. A finitude não parece perturbar o grupo. Alguns relatam seus preparativos para este enfrentamento. Reforçam esta conduta com afirmações sobre suas crenças.

Com a experiência acumulada na luta existencial, a pessoa fica mais propensa a pensar e repensar a sua história, os acontecimentos de sua vida, voltando-se para si mesma. É na sua intimidade que vai descobrindo o que é si próprio, ultrapassando suas capacidades de controle racional (DUARTE, 2005).

Pelos depoimentos, compreendemos que a religião e a espiritualidade são apoios importantes para os idosos enfrentarem a perspectiva da finitude.

A velhice e a morte são fatores normais durante o processo existencial, mas nem todas as pessoas conseguem aceitar a questão da temporalidade e as mudanças, quanto à dificuldade em realizar as mesmas coisas e a perda de seu antigo lugar social (NOVAES, 1997).

A morte em nossa sociedade tende a ser encoberta e negada com uma aura de sentimentalismo e dramaticidade, em que se julga que as doenças são as causadoras do sofrimento e a responsável pelo fim da vida de cada ser humano (Santana, 1988). Desta forma, é preciso que o profissional de saúde reconheça que a

religião e a espiritualidade são fontes de recursos mais importantes que o processo diagnóstico e terapêutico no enfrentamento da finitude.

Apesar da ênfase que tem sido dada atualmente ao cuidado integral, a enfermagem está mais habituada a lidar com fatos e dados objetivos ao trabalhar o plano de intervenções com idosos. A espiritualidade e a religião não têm sido reconhecidas como fontes de apoio para o plano de cuidados (Warner-Robbins; Bomar, 2004). Estes recursos podem fortalecer as famílias e o enfermeiro deve considerar suas crenças e valores, incentivar comportamentos e práticas saudáveis, fornecer interações sociais, promover recreação e ajudar a família no enfrentamento de crises e transições da vida. O efeito da religião e espiritualidade sobre a saúde e bem-estar da unidade familiar inclui: alegria, bondade, fidelidade, amor, paciência, autocontrole, afirmação, suporte e entendimento (WARNER-ROBBINS; BOMAR, 2004; VAN LEEUWEN et al., 2006)

Os cuidadores identificados, mais próximos dos idosos, são do sexo feminino, fato confirmado na literatura: geralmente o papel de cuidador cabe a um membro da família ou a um profissional do sexo feminino (MARTINS, 2007; NÉRI, 2005; NAKATANI et al. 2003).

Todavia, filhos e esposo são também identificados como fonte de apoio, por demonstrarem preocupação e cuidado de diferentes formas. Os idosos já foram provedores da família. Agora dependem de filhos e outros cuidadores. O aparecimento da dependência no idoso e a conseqüente necessidade de um cuidador provocam uma reestruturação familiar e uma redefinição de papéis, o que pode ocasionar, por exemplo, alterações na rotina e na dinâmica familiar. O processo de adaptação a essa nova realidade pode, por um lado, não se tornar complicado quando há uma boa relação entre cuidador familiar e idoso dependente, podendo ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro, grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador (PAVARINI et al., 2006).

O idoso necessita de diversos tipos de recursos para suprir suas necessidades da vida diária e ser capaz de optar por escolhas saudáveis. Esses recursos incluem aspectos psicológicos, educação, recursos financeiros, mas também

recursos sociais (Araújo, 2006). O Estado deve ser atuante, de modo a promover e auxiliar o apoio familiar e, além disso, garantir o acesso pleno do idoso ao Sistema Único de Saúde. O Programa de Saúde da Família tem a função de elo entre o idoso, sua família e os serviços de saúde, possibilitando também a atenção domiciliar para os idosos dependentes, valorizando o cuidado comunitário, principalmente na família e na Atenção Básica de Saúde (Silvestre e Costa Neto, 2003). Como vimos nos depoimentos o estado foi citado como fonte importante na oferta de assistência à saúde e previdência social. No caso de Ana, a idosa que sofreu um acidente, foi necessário recorrer à justiça, um dos poderes do Estado para ser ressarcida por danos físicos.

Um apoio social adequado tanto do Estado, através de políticas públicas, quanto no núcleo familiar, são fontes que podem suprir as necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida. A presença de redes de apoio, recursos financeiros dignos, acesso aos serviços de saúde, moradias adequadas e transporte de qualidade são alguns elementos necessários à construção de uma melhor condição de vida e promoção de saúde. A promoção de saúde na população idosa brasileira deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso aprofundamento na vivência de famílias de idosos, através do estudo de casos, nos levou a repensar nossos conceitos de família, a forma de interagir com nossos clientes e revisar nossa postura profissional. A riqueza dos depoimentos leva o enfermeiro a uma reflexão e à compreensão de que é fundamental que os idosos sejam vistos nas suas singularidades. A construção do genograma e do ecomapa, em conjunto com os familiares, revelou as transformações que ocorrem nas famílias, em um processo contínuo ao longo da vida. A identificação dos apoios, das redes sociais, formas de comunicação, religião e da espiritualidade revelam fontes importantes para o planejamento do cuidado. A enfermagem tem um papel primordial na interação entre os membros de uma família, articulando cuidados que incluam todos os membros, promovendo a saúde dessas famílias.

Reforçamos que a particularidade do método utilizado, o estudo de caso, aponta para a necessidade da continuidade de estudos quanto a essa temática. Contudo, o que se pode generalizar, enquanto resultado desta investigação é a do dever de preparar recursos humanos para bem identificar as manifestações visíveis e imperceptíveis de processo de envelhecimento.

A partir do presente trabalho é possível delinear sugestões para o planejamento de políticas de atendimento a essa população, tais como: implantação de serviços de apoio e orientação voltados para o lazer, esporte, trabalho e suporte emocional, que oportunizem a convivência com pessoas de diversas faixas etárias; o desenvolvimento de campanhas de orientação sobre os problemas de saúde; treinamento e orientação para as equipes de atendimento aos serviços de saúde para que identifiquem idosos em situações de riscos físicos, psicológicos e sociais e possibilitem uma atuação preventiva e curativa; implementação de serviços de apoio

aos idosos, com acesso a consultas, capacitação de pessoas e familiares que cuidam de idosos, exames e medicamentos.

Retomando os objetivos propostos, consideramos que, ao serem identificados os apoios e redes sociais, a comunicação, a religiosidade e espiritualidade destas famílias de idosos, conseguimos elementos para apreender suas vivências e planejar um cuidado com vistas à promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. M. *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado no contexto domiciliar*. 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ARAUJO, Silvânia Suely Caribé de et al . Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 19, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. >. Acesso em: 09 jan 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOMAR, P. J. Introduction to family health nursing and promoting family health. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: \_\_\_\_\_. *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 3 – 37.

BOURDIEU, Pierre. *A miséria do mundo*. Tradução de Mateus S. Soares. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANT, M. C. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez / PUC, 1995.

BRASIL. *Constituição 1988*. Brasília: Senado Federal - Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde *Portaria 1.395/99 estabelece a Política Nacional de saúde do Idoso*. Brasília 1999.

BRASIL. Lei Nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 14 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos Saúde Pública*, v.19, n.3, p.773-81, 2003.

CALDAS, CP. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos sobre envelhecimento*. v. 4, n. 8; 2002. Disponível em: <[www.unati.uerj.br/tse/scielo](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo)>. Acesso em: 13 jun. 2007.

CAMACHO, A.C.L.F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.10, n.4, p.229-233, 2002.

CAMARANO, A. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMPOS, C. E. A. Os inqueritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 9, p. 190-200, 1993.

CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2005.

CAVALCANTE, A. M. *Psiquiatria on line Brasil: a psicologia do idoso*. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/mour0502.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2007.,

CENTA, Maria de Lourdes, CHAVES, Maria Marta Nolasco; MOREIRA, Elaine Cristhine. The communication process experienced by the elderly in a home for old

people. In: *Brazilian Nursing Communication Symposium*, n.8. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 out. 2007.

CHERRY C. J.; BOMAR, P. J. Family health promotion and health protection. In: BOMAR, P. J. *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 61-89.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisas em ciências humanas e sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da UFG*, v. 5, n. 2, 2003.

CRAWFORD, J.A; TARKO, M. A. Family Communication. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: BOMAR, P.J. *Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 162-186.

DeCS [base de dados na Internet]. São Paulo (SP): BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde); 2007. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Atualização anual.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Criança, Mulher, Saúde). p. 195-219.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 jul 2007.

DIOGO, M. J. D. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista latino-americana de enfermagem*, v.8, n.1, p.75-81, 2000.

DIOGO, M.J. D.; DUARTE, Y. A. O. de. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 33, n.4. Disponível em: <[www.metrocamp.com.br/pesquisa](http://www.metrocamp.com.br/pesquisa)>. Acesso em: 14 dez. 2007.

DUARTE, Y.A.O. de. (Org.). *SABE – Saúde, Bem-Estar, Envelhecimento: projeto SABE do município de São Paulo*. Brasília: OPAS, 2003.

DUARTE, Y. A. O. de; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005. p.487 - 498.

ELSEN, Ingrid. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEN, Ingrid, et al. *Marcos para a prática com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. p.61-77.

FERREIRA, Berta Weil. *Análise de conteúdo*. Disponível em: <<http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm>>. Acesso em: 29 set. 2007.

FLYVBERG, B. Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*. v. 12, n. 2, p. 219-245, 2006.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L. I. & FREIRE, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2000. p.21-30.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, n. 116. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 jan. 2007.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.4, p.995-1003, 2004.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresa*, v. 35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOLDSTEIN, L. L. No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In: NERI, A. L. I. & FREIRE, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2002. p.55-66.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e Responsabilidade. In: BRANDÃO, M. Z. S.; et al. *Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor*. Santo André: Editora Esetec, 2002. p.63-98.

HARMON-HANSON, S. M.; GEDALY-DUFF, V.; ROWE, K. *Family Health Care Nursing: theory, practice & research*. 3. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2005.

KAAKINEN, J. R.; HANSON, S. M. H. Theoretical foundations for family health nursing practice. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families**: applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 93-115.

LAKATOS. E, M; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LEONART, E.; MENDES, M. M. R. Formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.13, n.4, p.538-546,2005.

LUCK, L.; JACKSON, D.; USHER, K. Case study: a bridge across the paradigm. *Nursing Inquiry*, v.3, n.2, p.103-109, 2006.

MARTINS, Josiane de Jesus; et al . Necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos en el hogar. *Texto contexto - enfermagem*, v.16, n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 06 jan. 2008.

MARTINS, R.M.L. Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente. *Millenium: revista do ISPV*, n. 27, 2003.

MAZZOTTI, A. J. A. Usos e Abusos dos Estudos de Caso. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006.

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 1. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 2, p.280-286, 2005.

NÉRI, Anita Liberalesso. *Palavras –chave em gerontologia*. 2. ed. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2005. (Velhice e Sociedade).

NOVAES, M. H. *Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. 2. ed. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

PASCHOAL, Sérgio M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAVARINI, S. C. I.; et. al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar dos idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 3. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)>. Acesso em: 19 nov. 2007.

PEDRO, I.C.S; NASCIMENTO, L.C; ROCHA, S.M.M. Apoio e rede social em Enfermagem Familiar: revendo conceitos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.12, n.4, 2007.

POPE C.; MAYS N. *Pesquisa qualitativa: na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PY, Ligia. Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p.167-171.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, S.P. *Cadernos Saúde Pública*, v.19, n.3, p.793-797, 2003.

REGI, D.P.; et al. O Idoso demenciado e seu impacto na saúde pública: estamos preparados? *Metrocamp Pesquisa*, v. 1, n. 1, p. 18-36, 2007.

RODRIGUES, R. A .P.; et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2007.

SANTANA, M. G. *A equipe de enfermagem frente a sexualidade do paciente no ambiente hospitalar*. 1998. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SELLTIZ, C; et al. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987.

SEMINÉRIO, F. Existência e Finitude. In: PY, L. *Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

SILVA, J. A. *Terceira Idade e a Enfermagem: A Construção Histórica de um Projeto em Saúde*. 1995. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.3, p.839-47, 2003.

SIMÕES, C. C. S. Análise da incidência das principais causas de morte no grupo de idosos. In: OMS; OPAS. *Perfis de saúde e mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília, 2001.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STARLING, R. R. Contingências de reforçamento vagamente definidas: construindo prematuramente a velhice. In: KERBAURY, R. R.; WIELENSKY, R. C. *Sobre o comportamento e cognição*. Santo André: Arbites, 1999. p.221-229.

TANYI, R.A. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs*. v. 53, n.3, p.287-94, 2003.

TARKO, M. A.; REED, K. Family assessment and intervention. In: BOMAR, P. J. *Promoting health in families*. 3. ed. Philadelphia, Saunders, 2004.

TEIXEIRA, Mirna Barros. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

TORRES, W. C. Morte e Desenvolvimento humano. In: PY, L. *Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.3, p.507-513, 2005.

VAZ SERRA, A. *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra, 1999

VICTORA, C. G. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WARNER-ROBBINS, C.G.; BOMAR, P.J. Family spirituality and religion. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: BOMAR, P.J. *Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 187-221.

WORLD Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 4. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2005.

## APÊNDICE 1- ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

### ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

**NOME DA PESQUISA:** “Apoio e Rede Sociais na Promoção da Saúde de Idosos”

#### PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Maria Lucia Nogueira

Profª Drª Semiramis Melani Melo Rocha-Orientadora da Pesquisa

Prezado (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_

Desenvolvemos uma pesquisa sobre “Apoio e Rede Sociais na Promoção da Saúde de Idosos”. Esta pesquisa tem por objetivo compreender a vivência de idosos na sua relação com a família, identificar os apoios e as redes sociais e a comunicação, espiritualidade e religião como fonte de apoio aos idosos e a seus familiares. Gostaríamos de contar com a sua participação, contando a sua história, e se você concordar será gravada. Essas conversas serão realizadas na sua casa ou na Unidade e de Saúde. Será mantida em sigilo a sua identidade, e você terá a liberdade de recusar quando não mais desejar participar desta pesquisa. Você tem o direito de tirar qualquer dúvida e quando não se sentir confortável em falar de algum assunto você tem a liberdade de recusar. As informações que você nos dará contribuirão para que os profissionais da área de saúde planejem e executem intervenções para cuidado com pessoas idosas e de sua família, com vistas à qualidade de vida e promoção de saúde. Não haverá qualquer custo para você e sua família por estarem participando da pesquisa, e não haverá nenhuma indenização pela participação de vocês.

Obrigada.

Patos de Minas \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Maria Lucia Nogueira

Email: [malunog@terra.com.br](mailto:malunog@terra.com.br)

Endereço: Universidade de Franca – UNIFRAN

Avenida Dr. Armando Salles Oliveira, 201, Parque Universitário

Franca - SP CEP 14404-600. Telefone: 0xx16 3711-8888 - Fax: 0xx16 3711-8886

## APÊNDICE 2-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre as condições que constam do documento “Esclarecimentos aos Sujeitos da Pesquisa” de que se trata o projeto de pesquisa intitulado: “**Apoio e Rede Sociais na Promoção da Saúde de Idosos**”, que tem como pesquisadora a Sra. Maria Lucia Nogueira, especialmente no que diz respeito aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos da entrevista que serei submetido, aos riscos e benefícios, bem como indenização por danos, declaro que tenho pleno conhecimentos dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados e concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à assistência prestada pela equipe de saúde da família;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha família.

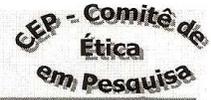
Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

**Participante da Pesquisa**

## APÊNDICE 3 - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE DE FRANCA**  
**Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação**



### DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de Pesquisa (**Protocolo nº 015/07**), intitulado “**Apoio e redes sociais na promoção da saúde de isosos**” de autoria do aluno(a) e/ou pesquisador(a) **Semiramis Melani Melo Rocha** por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi aprovado em 30 de abril de 2007.

Franca, 1º de novembro de 2007

*Prof. Dr. Dionísio Vinha*  
Coordenador do CEP e Pró-Reitor  
Adjunto de Pesquisa e de Pós-Graduação

## APÊNDICE 4 - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

**Nome do Entrevistado:**

**Data e Hora:**

**Local:**

**1- Questões norteadoras:**

- Que você gostaria de contar sobre sua família
- Quais são as instituições ou locais que vocês consideram como suporte
- Quais as pessoas que são mais cuidadosas

**2- Tópicos a serem abordados:**

- Suporte da Família
- Comunicação na família
- Espiritualidade e Religião da família

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)