



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUANA ARAÚJO DOS REIS

**DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM COMPROMETIMENTO DA
CAPACIDADE FUNCIONAL**

**SALVADOR/BA
2013**

LUANA ARAÚJO DOS REIS

**DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM COMPROMETIMENTO DA
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O cuidado de enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nadirlene Pereira Gomes.

SALVADOR/BA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

R375 Reis, Luana Araújo dos
Dinâmica Familiar de Idosos com Comprometimento da
Capacidade Funcional / Luana Araújo dos Reis. – Salvador,
2013.
105f.
Orientador: Prof^a Dr^a Nadirlene Pereira Gomes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Saúde do Idoso. 2. Idoso – atividades cotidianas. 3. Idoso
– fatores socioeconômicos. 4. Idoso - família. 5. Idoso –
capacidade funcional. I. Gomes, Nadirlene Pereira. II
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-053.9

LUANA ARAÚJO DOS REIS

**DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM COMPROMETIMENTO DA
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O cuidado de enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

Aprovada em 22 de Fevereiro de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

Nadirlene Pereira Gomes _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Doutora em Ciências da Saúde e Professora da Universidade Federal da Paraíba.

Maria do Rosário Menezes _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Climene Laura de Camargo _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

DEDICO ESTE TRABALHO...

Aos meus pais Rosilson (In Memoriam) e Verbena,

Vocês me ensinaram o sentido da vida, foram para mim espelhos, exemplos de dedicação, amor, humildade, determinação e dignidade. Estiveram sempre ao meu lado, me incentivando em minhas escolhas, me apoiando quando eu precisava me dando carinho, amor e atenção.

Painho, onde quer que o Senhor esteja eu sei que estás muito feliz e orgulhoso de mim, sabes o quanto eu te amo e o quanto faz falta em minha vida. Os ensinamentos transmitidos por você serviram como base sólida para que eu pudesse alcançar essa vitória, por isso eu dedico a Ti este Mestrado e te prometo ir além, exercendo com amor e responsabilidade esta profissão que Deus me confiou.

Mainha, obrigada por ter estado sempre ao meu lado, ouvindo meus desabafos, suportando meus estresses, me apoiando, me incentivando a lutar por meus ideais, por ter me incentivado a concluir esta caminhada.

A vocês, que me deram à vida e deram suas vidas por mim eu dedico esta VITÓRIA.

A minha irmã Luciana e meus irmãos Uellington e Allan,

A vocês, que compartilharam comigo cada momento rumo a esta vitória, que me apoiaram, incentivaram, dedico-lhes este momento. E, peço-lhes que lutem por seus objetivos, que busquem seus ideais, que vençam barreiras e imponham seus próprios limites. Jamais desistam de seus sonhos, pois só sabe o valor de um sonho aquele que se permite sonhar.

Binha (Luciana), meu exemplo de pessoa e profissional, sem você eu não estaria aqui. Obrigada por tudo!

Amo vocês!

Aos meus sobrinhos Tiago Vinícius, Alan Patrick e Anna Luiza,

Vocês, com a inocência de uma criança me fizeram perceber o quanto eu poderia mudar minhas atitudes, e o quão forte eu sou para vencer obstáculos e alcançar meus objetivos. Agradeço muito a Deus por tê-los colocado em meu caminho e por permitir estarmos sempre juntos. Essa vitória também é de vocês, meus pequeninos.

Vocês são presentes de Deus em minha vida.

Eu amo muito vocês!

Aos meus familiares,

Família, antes eu entendia como pai, mãe e irmãos. Hoje eu vejo que vai além, que a família é composta por pessoas que se amam, se respeitam, se querem bem. E no decorrer desses anos eu percebi que minha família é constituída por pessoas maravilhosas, atenciosas e divertidas. Neste contexto se inserem tanto aqueles com os quais tenho laços de sangue, quanto àqueles que eu considero de coração. Enfim, aqueles que me apoiaram, incentivaram e que estiveram ao meu lado no decorrer desta caminhada.

Amo vocês!

AGRADEÇO...

A **Deus**, por cada momento de minha vida, pela **família** que me destes, por meus **amigos** e principalmente por esta **vitória** alcançada em minha vida. Agradeço-te por ter estado sempre comigo, compreendendo meus anseios e me dando coragem para continuar. Com tua bondade **Venci**. Não cheguei ao fim, mas ao início de uma longa caminhada.

À **CAPES** pelo seu compromisso no aperfeiçoamento daqueles que inquietos buscam o conhecimento, por acreditar em meus estudos e financiá-los.

À **Universidade Federal da Bahia**, especialmente, ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem** pelo seu compromisso com esta Profissão, pelo seu envolvimento histórico na capacitação profissional de graduandos, especialistas, mestres e doutores. E, a todo **corpo docente** e **técnico administrativo** pelo seu empenho, amor e atenção.

A minha Orientadora, Nadirlene Pereira Gomes,

Excelente é o mestre que ensinando faz nascer no espírito do discípulo um grande desejo de aprender. Ser mestre é ser exemplo. Exemplo de dedicação, de doação, e, sobretudo amor ao que faz. E você Lene é assim, uma grande mestra. Que me acolheu com carinho e atenção, me orientando sempre, mesmo quando não lhe competia. **Obrigada** por tudo!

Aos idosos, que foram tão importantes para a realização deste estudo, pela forma como me receberam, pela disponibilidade em estarem participando das entrevistas, pela educação, por me permitirem **adentrar no universo de vocês**. Estar com vocês me proporcionou momentos de preciosas descobertas, emoções e responsabilidades. Sem a colaboração de vocês eu não teria chegado a lugar algum. Que Deus os abençoe sempre!

Aos meus amigos,

Ailana Bispo, pelo incentivo, carinho, dedicação e amizade. Nana, muitos foram os momentos em que pensei em desistir e você me fez repensar, sempre dizendo que Deus é o Deus do impossível. E aqui estou concluindo meu mestrado. **Amo você amiga!**

Flávia Brito, pela amizade, carinho, atenção, companheirismo, enfim, por você existir. Miguxa, só você mesmo para ter suportado os meus desabafos durante tantos anos... **Amiga eu te amo muito** e te agradeço por ter percorrido este caminho comigo.

Vanessa Moreira, Vânia Moreira e Josinéia Moreira, por terem me acolhido em sua família com tanto amor. Vocês realmente foram uma mola propulsora para mim, com suas palavras, seus exemplos de vida. À **Nessa** e **Nana**, pelos momentos de lazer tão importantes para renovar minhas energias e continuar a caminhada. **Amo muito vocês amigas** e agradeço por terem contribuído para o alcance desse objetivo.

As colegas e agora amigas **Gilvânia Paixão, Aline Azevedo, Milca Ramaiane, Nauana Novais** pelo companheirismo e amizade, e aos demais colegas da turma que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho.

A todos vocês a minha sincera gratidão!

Percebe e entende que os melhores amigos são aqueles que estão em casa, esperando por ti. Acredita nos momentos mais difíceis da vida, eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar. E se por acaso a dor chegar, ao teu lado vão estar, pra te acolher e te amparar, pois não há nada como o lar. Tua família volta pra ela, tua família te ama e te espera, para o teu lado sempre estar. [...] Às vezes muitas pedras surgem pelo caminho, mas em casa alguém feliz te espera, pra te amar. Não, não deixe que a fraqueza tire a sua visão, que um desejo engane o teu coração. Só Deus não é ilusão. E se por acaso a dor chegar, ao teu lado vão estar, pra te acolher e te amparar. Não há nada como o lar [...]. Nossa família!!!

Anjos de Resgate – Tua Família (Dalvimar)

RESUMO

REIS, Luana Araújo dos. **DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL.** [Dissertação] Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia: 2013.

O acelerado processo de envelhecimento e os aumentos na expectativa de vida, principalmente entre as pessoas com 60 anos ou mais, tem chamado atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais de vida. Nesse contexto, torna-se fundamental a compreensão do contexto familiar do idoso. O estudo tem como objetivo geral: compreender a dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional; e como objetivos específicos: identificar as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos; descrever o dia-a-dia dos idosos com comprometimento da capacidade funcional; conhecer a opinião dos idosos acerca da relação familiar após o comprometimento da capacidade funcional. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, guiada pelo método de História Oral. Foram colaboradores do estudo, 15 idosos, 11 mulheres e quatro homens, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Jequié, Bahia, Brasil. Utilizou-se como técnica para coleta de dados, a entrevista gravada. Os dados foram sistematizados com o apoio da Análise de Conteúdo Temática Categorial, emergindo como temas: Atividades da Vida Diária; Comprometimento da capacidade funcional e dependência dos familiares e, Vivência da violência intrafamiliar. Os idosos tinham idade média de 73,2 anos. A maioria era mulheres, casados, alfabetizados, católicos, aposentados com renda média de um salário mínimo e apresentavam doenças crônicas não transmissíveis. O estudo mostra que os idosos percebem transformações na relação familiar após terem sua capacidade funcional comprometida, deixando claro que após se tornarem dependentes dos cuidados familiares, estes não mais os tratam bem. Logo, os idosos se dão conta de que a dependência ao outro os expõem a situações de violência, expressas neste estudo pela negligência, violência psicológica, apropriação indevida de bens e agressão física. Tais achados revelam a necessidade de sensibilizar a família a fim de prevenir situações de violência, devendo essa conduta profissional ser entendida pelos profissionais da saúde como prática preventiva de casos de violência contra idosos, bem como de promoção à saúde física e mental. Destaca-se a importância da atuação da enfermagem nesse processo de identificação de idosos em situação ou vulneráveis a violência, justamente pela integração do profissional enfermeiro na equipe de referência na Estratégia Saúde da Família, bem como por ocupar os cargos de gestão no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-Chave: Relações Familiares. Saúde do Idoso. Capacidade Funcional. Violência na Família. Enfermagem.

ABSTRACT

REIS, Luana Araújo dos. **FAMILY DYNAMICS OF ELDERLY WITH FUNCTIONAL CAPACITY IMPAIRMENT.** [Thesis] Master in Nursing. Bahia Federal University: 2013.

The fast aging process and life expectancy rises, mainly among 60-year-old or older people, has been calling the attention on health condition through these additional years of life. In this context, it is essential the elderly family context comprehension. The study has as general objective: to comprehend the family dynamics of elderly with functional capacity impairment; and as specific objectives: to identify the elderly socioeconomic and health condition; to describe the daily basis of elderly with functional capacity impairment; to know the elderly opinion on family relationships after functional capacity impairment. This is a descriptive, exploratory research, with qualitative approach, guided by Oral History method. Fifteen elderly were the study collaborators, 11 women and four men, registered at a Family Health Unit in the city of Jequié, Bahia, Brazil. Recorded interviews were used as data collection technique. Data were systematized supported by Category Theme Content Analysis, emerging the following themes: Daily Life Activities; Functional capacity impairment and dependence of family members and Intrafamily violence experience. Elderly were in mean 73.2 years old. The most of them women, married, literate, catholic, retired with mean income of a minimal wage and presented chronic and no transmissible diseases. The study shows that elderly notice changes in family relationship after functional capacity impairment, making clear that after family care dependence, they do not treat them well. Thus, elderly notice that the dependence to other exposes themselves to violence situations, expressed in this study as negligence, psychological violence, misappropriation of assets and physical aggression. Such findings show the need of making family aware of violence prevention, and such a professional conduct must be understood by health professionals as preventive of violence cases against elderly, as well as physical and mental health promotion. It is highlighted the nursing importance in the identification of elderly in violence situation or vulnerability, precisely because of nurses' integration in the reference team in Family Health Strategy, and also because they occupy management positions in Primary Health Attention scenario.

Keywords: Family Relationships. Elderly Health. Functional Capacity. Family Violence. Nursing.

RESUMEN

REIS, Luana Araújo dos. **DINÁMICA FAMILIAR DE PERSONAS MAYORES CON DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**. [Disertación] Maestría en Enfermería. Universidad Federal de Bahia: 2013.

El proceso de envejecimiento rápido y aumento de la esperanza de vida, sobre todo entre las personas de 60 años de edad o más, ha llamado la atención en la condición de salud durante de estos años más de vida. En este contexto, es esencial la comprensión del contexto familiar de los ancianos. El estudio tiene como objetivo general: comprender la dinámica familiar de ancianos con un deterioro de la capacidad funcional; y como objetivos específicos: identificar las condiciones socioeconómica y salud de los ancianos; describir el día a día de los ancianos con deterioro de la capacidad funcional, conocer la opinión de los ancianos sobre la relación familiar después del deterioro de la capacidad funcional. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, guiada por el método de la Historia Oral. Quince ancianos fueron los colaboradores del estudio, 11 mujeres y cuatro hombres, registrados en una Unidad de Salud de la Familia en la ciudad de Jequié, Bahía, Brasil. Entrevistas grabadas fueron utilizadas como técnica de recolección de datos. Los datos fueron sistematizados apoyados por Análisis de Contenido Temático Categorical, surgiendo los siguientes temas: Actividades de Vida Diaria; Deterioro de la capacidad funcional y dependencia de los miembros de la familia y La experiencia de la violencia intrafamiliar. Los ancianos estaban en media con 73,2 años de edad. La mayor parte de ellos mujeres, casadas, alfabetizadas, católicas, jubiladas con un ingreso medio de un salario mínimo y presentaban enfermedad crónica y no transmisibles. El estudio muestra que los ancianos notan cambios en la relación familiar después del deterioro de la capacidad funcional, dejando en claro que después de la dependencia de cuidados de la familia, no los tratan bien. Por lo tanto, los ancianos se dan cuenta de que la dependencia a otros los expone a situaciones de violencia, expresadas en este estudio como negligencia, violencia psicológica, apropiación indebida de los activos y agresión física. Estos resultados muestran la necesidad de sensibilización de la familia para la prevención de la violencia, y tal conducta profesional debe ser comprendida por los profesionales de la salud como prevención de casos de violencia contra las personas mayores, así como la promoción de la salud física y mental. Se destaca la importancia de la enfermería en la identificación de las personas mayores en situación de violencia o vulnerabilidad, debido precisamente a la integración del enfermero en el equipo de referencia en la Estrategia de Salud de la Familia, y también debido a que ocupan puestos de dirección en el escenario de Atención Primaria de la Salud.

Palabras clave: Relaciones Familiares. Salud del Anciano. Capacidad Funcional. Violencia Familiar. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Gráfico da Pirâmide Etária	23
FIGURA 2. Plano de Análise de Conteúdo de Bardin	46

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Dados socioeconômicos de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional. Salvador/BA. 2013	51
TABELA 02 – Condições de Saúde de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional. Salvador/BA. 2013	54

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 – Distribuição dos Temas, Categorias e Subcategorias	54
--	-----------

LISTA DE SIGLAS

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS	16
ACS - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	43
AIVD - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA	26
CNDI - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO	26
EUA - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	60
GECEM - GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE CUIDAR EM ENFERMAGEM	19
HAS - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	55
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA	16
NOAS - NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	43
OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	57
PNI - POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	26
PNSI - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO	26
SBGG - SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	25
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
USF - UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	43
WHO - WORLD HEARTH ORGANIZATION	25

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	15
1 INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 2	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 DESVELANDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	22
2.2 FAMÍLIA: Compreendendo a dinâmica daqueles que convivem com um idoso	28
2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	32
2.4 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS	35
CAPÍTULO 3	41
3 CAMINHAR METODOLÓGICO	42
3.1 TIPO DE ESTUDO	42
3.2 <i>LÓCUS</i> DO ESTUDO	42
3.3 COLABORADORES DO ESTUDO	43
3.4 COLETA DE DADOS	44
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	45
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	47
CAPÍTULO 4	49
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
4.2 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	57
4.2.1 Cuidado com a casa	57
4.2.2 Atividades Sociais e de Lazer	63
4.3 DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS AOS FAMILIARES APÓS O COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL	66
4.3.1 Sentindo-se um incômodo para a família	66
4.3.2 Sentindo-se abandonado pela família	68
4.3.3 Percebendo mudança na relação familiar	69
4.4 VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR	70
4.4.1 Expressões da violência	71
4.4.1.1 <i>Negligência</i>	72

4.4.1.2 <i>Violência Psicológica</i>	73
4.4.1.3 <i>Exploração Financeira</i>	74
4.4.1.4 <i>Violência Física</i>	74
CAPÍTULO 5	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	95
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista	96
APÊNDICE B – Carta de Solicitação de Campo para Coleta dos Dados	98
APÊNDICE C – Formulário com Informações ao Colaborador	99
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
ANEXOS	102
ANEXO A – Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa	103
ANEXO B – Autorização do Campo para Coleta de Dados	107

Capítulo 1

Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais,
e que sendo maduro, não insista em rejuvenescer,
e que sendo velho, não se dedique ao desespero.

(Victor Hugo)

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional nunca esteve entre as principais preocupações num país que é visto em todo o mundo como sinônimo de jovem. Mas isso vem mudando de forma drástica nas últimas décadas: o Brasil embarcou em um processo de desenvolvimento que o está levando a atingir índices sociais e demográficos de Primeiro Mundo, embora com sistemas e instituições herdadas de outro contexto (VERAS, 2012).

O resultado do último Censo Brasileiro mostra uma população de 190.732.694 brasileiros, sendo que 14.081.480 possuem mais de 65 anos (IBGE, 2010). De acordo a mesma fonte, a população com 65 anos ou mais passou de 5,9%, em 2000, para 7,4% em 2010, o que comprova que consiste em um país que caminha rapidamente para o envelhecimento populacional.

Nesse processo, a expectativa de vida é um grande ganho para a humanidade, mas ela também acarreta problemas complexos para áreas sociais e de saúde, pois as sociedades se veem diante de um contingente de pessoas suscetíveis às doenças crônico-degenerativas e problemas socioeconômicos que contribuem para aumentar o risco de dependência física e social, a que as pessoas idosas estão sujeitas.

O processo de envelhecimento é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, no qual o indivíduo passa por um processo de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional.

O envelhecimento, associado às sequelas das doenças crônico não transmissíveis, pode comprometer a capacidade do idoso realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, levando-o à dependência funcional. Em 2003, de acordo com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 13,3% dos idosos brasileiros não eram capazes de realizar sozinhos atividades básicas da vida diária, como comer ou ir ao banheiro, ou seja, eram cerca de dois milhões de pessoas dependentes e fragilizadas (CAMARANO, 2006).

A fragilidade representa um importante problema de saúde pública (BERGMAN *et al*, 2007), cuja prevalência é de aproximadamente 6,9% em idosos que vivem na comunidade (BREDA, 2007). Vale salientar que essa frequência tende à elevação com o aumento da idade.

O desenvolvimento da fragilidade no idoso é conceituado como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações, tais como institucionalização, declínio funcional, hospitalização e morte. As principais manifestações clínicas dessa

síndrome são a fraqueza, exaustão, diminuição da atividade física, perda de peso involuntária, diminuição da velocidade da marcha e do equilíbrio (MACEDO *et al*, 2008).

Nesta perspectiva, o papel da família no cuidado aos idosos, importante em qualquer estágio da vida, torna-se particularmente relevante durante períodos transitórios ou permanentes de menor capacidade física e/ou psíquica, de menor valia, de limitação em variados graus da capacidade de autocuidado (REIS; TORRES, 2010).

Todavia, a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, principalmente pelo envolvimento afetivo e pela transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência. Nesse processo, o cuidador ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida. A este respeito, Jayawardena (2006) alude que a dependência destes aos familiares acarreta estresse, sobretudo para aqueles responsáveis pelo seu cuidado direto. Esse estresse do cuidador é um fator de risco para a ocorrência de violência.

Assim sendo, na medida em que necessitam de maiores cuidados, seja pela dependência física ou mental, os idosos tornam-se mais vulneráveis aos maus tratos. Malta *et al* (2010) cita que a violência contra os idosos assumiu grande importância para a sociedade brasileira nas últimas décadas e tornou-se um premente problema de saúde pública, em razão de sua magnitude, gravidade, impacto social e capacidade de vulnerabilizar a saúde individual e coletiva.

A maioria dos abusos cometidos contra os idosos ocorre no interior das famílias e embora sejam mais evidenciados os abusos físicos, a negligência doméstica é a forma mais comum (JAYAWARDENA, 2006). Sinaliza-se, pois, a necessidade de reconhecer a violência que se encontra mascarada e silenciada, tais como a violência psicológica. No entanto, por acontecer no ambiente doméstico, essa violência muitas vezes fica restrita ao agressor e ao agredido, que silenciam os maus-tratos sofridos.

Nesse contexto, nota-se a importância dos profissionais de saúde no processo de reconhecimento da violência contra os idosos. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros e técnicos de enfermagem, encontram-se em posição privilegiada para identificar os casos de violência doméstica contra o idoso, seja na Estratégia de Saúde da Família ou na Rede Hospitalar, pois estes profissionais possuem contato direto com os usuários do sistema de saúde e, conseqüentemente, mantém um maior vínculo de confiança.

A responsabilização dos profissionais de saúde para com a qualidade de vida dos idosos está regulamentada no Estatuto do Idoso em seu artigo 19, que refere sobre a

obrigatoriedade de comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos em idosos à autoridade policial, ao Ministério Público ou ao Conselho do Idoso. Sobre as penalidades, o artigo 57 esclarece que o profissional da área de saúde pode ser multado por não denunciar a situação de violência identificada, sendo a multa calculada pelo juiz, considerando o dano sofrido pelo idoso e o valor dobrado no caso de reincidência (BRASIL, 2003).

Ante posto, percebe-se que o envelhecimento da população amplia a magnitude da violência contra os idosos e torna premente a necessidade de adequação dos serviços públicos para a atenção à saúde desse grupo populacional, de modo a agregar dignidade e qualidade de vida aos anos a mais vividos (SOUZA, 2008).

O Estatuto do Idoso já sinalizava, no artigo 46, a necessidade de uma política de atendimento aos idosos que integre serviços especiais de prevenção e atendimento as vítimas de abuso. Consoante com artigo 18, em que sinaliza o dever das instituições de saúde de capacitar seus profissionais, orientar os cuidadores familiares e promover a criação de grupos de auto-ajuda a fim de atender as necessidades do idoso (BRASIL, 2003).

Para identificação das demandas dos idosos, é importante que a violência doméstica e os maus-tratos a idosos não sejam entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. Neste processo de compreensão do contexto, o entendimento das relações familiares torna-se essencial.

Assim, partindo do pressuposto de que o avanço da idade geralmente vem acompanhado por algum grau de perda da autonomia e independência dos indivíduos, fazendo com que estes se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados da família, chegou-se ao seguinte **questionamento**: Como se dá a dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional? Essa questão me fez delinear como **objeto de estudo** a dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional.

Dessa forma, o estudo tem como **objetivo geral**: compreender a dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional; e como **objetivos específicos**: identificar as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos; descrever o dia-a-dia dos idosos com comprometimento da capacidade funcional; conhecer a opinião dos idosos acerca da relação familiar após o comprometimento da capacidade funcional.

A motivação para escolha do tema é decorrente da minha afinidade com estudos sobre o envelhecimento desde a graduação. Neste período, tive a oportunidade de participar do Projeto de Extensão Continuada “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações do Pé

diabético”¹, em 2006, onde mantive o meu primeiro contato direto com a população idosa. Em 2007, eu participei, enquanto voluntária, do Projeto de Extensão “Saúde do Idoso na Família, Asilo e na Comunidade: vivenciando rede de suporte social no cuidado ao idoso”². No ano de 2008 tive a oportunidade de atuar como voluntária junto à Fundação Leur Brito³ (Abrigo dos Idosos) em Jequié/BA, onde eu prestava a assistência de enfermagem aos idosos asilados.

Durante essas vivências junto aos idosos, na comunidade e no asilo, eu percebi a necessidade que estes possuíam de relatar suas experiências de vida, ainda que de modo discreto. E, no decurso dessas conversas informais, os idosos queixavam-se muito do filho que o mantinha isolado em casa por vergonha da “perna doente”, dos parentes que “tomavam seu salário para manter o vício com drogas”, dos filhos que o abandonaram numa casa sozinhos, do sentimento de “fardo” que eles representavam para seus familiares, do sofrimento que era estar longe daqueles que amavam e principalmente do quanto era dolorido ouvir um neto dizer que ele já passou da hora de morrer. Muitas destas situações me fizeram refletir na qualidade de envelhecimento destas pessoas e a vulnerabilidade para os maus tratos. Desde então, as condições de vida e saúde dessa população passaram a ser o foco do meu interesse.

O desejo de me aprofundar na temática em busca dessa compreensão me motivou a ingressar no Mestrado em Enfermagem, na linha de pesquisa “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano”. Tal ingresso me oportunizou a participar do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Cuidar em Enfermagem (GECEN)⁴, onde tenho me aproximado ainda mais das questões relacionadas ao cuidado em enfermagem e, ao cuidado de enfermagem para com a pessoa idosa.

Entretanto, para atender as essas demandas dos idosos é preciso compreender o processo de envelhecimento da população enquanto um fenômeno de amplitude mundial e a violência contra os idosos como um problema eminente de Saúde Pública que requer estratégias para prevenção e intervenção.

¹ Projeto de Extensão vinculado a UESB, que teve como objetivo prestar assistência fisioterapêutica e de enfermagem aos idosos cadastrados no projeto.

² Projeto de Extensão vinculado a UESB, que teve como objetivo prestar assistência fisioterapêutica e de enfermagem aos idosos cadastrados no projeto, com enfoque na prevenção de agravos e reabilitação da saúde.

³ É uma instituição filantrópica em regime de internato, que visa atender ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, e ainda ao idoso com vínculo familiar abandonado, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, que rege a vida do mesmo por meio de normas específicas.

⁴ Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem, vinculado a Escola de Enfermagem da UFBA, que tem como foco de estudo o Cotidiano do Cuidar/Cuidado e o Cuidado Profissional de Enfermagem nas questões de saúde e doença que envolvem pessoas em todo o ciclo vital, independente do gênero (homem/mulher), onde participo desde março de 2011.

Diante dessas questões, denota-se, ainda, significativa relevância científica e social no campo da Enfermagem e da equipe de saúde, uma vez que representa a possibilidade de contribuição ao trabalho com idosos, e o avanço no campo da pesquisa, enfocando a importância da reorientação do ambiente familiar na prestação do cuidado ao idoso, como meio primordial de promover a sua independência e autonomia, com consequente preservação da capacidade funcional.

Além disso, acredita-se que a compreensão da dinâmica familiar dos idosos, com comprometimento da capacidade funcional, permitirá identificar os conflitos familiares que geram a violência intrafamiliar e, a partir de então, poderão ser criadas medidas que desenvolvam e fortaleçam os vínculos familiares, tanto em programas gerontogerátricos, quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar das pessoas idosas.

Neste contexto, Lima *et al* (2010) afirma que o tema da violência contra os idosos ainda é pouco investigado empiricamente, e esse é um fenômeno social que merece uma atenção especial pelas repercussões na saúde de um grupo populacional.

Capítulo 2

Estas são as mudanças da alma.
Eu não acredito em envelhecimento.
Eu acredito em alterar para sempre o aspecto de alguém para a luz.
Eis meu otimismo.

VIRGINIA WOOLF

2 REVISÃO DE LITERATURA

O crescente processo de envelhecimento populacional, ocorrido inicialmente nos chamados países de primeiro mundo, tem atingindo também os países em processo de desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Tal processo tende a provocar alterações sociais, econômicas e de saúde, gerando novas demandas para o setor público, sobressaindo-se os cuidados de longa duração, dirigidos aos idosos com algum comprometimento da capacidade funcional para a execução das atividades da vida diária e/ou aqueles cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários.

Abordaremos a seguir essa problemática, sendo a mesma subdividida em quatro tópicos, a saber: *desvelando o processo de envelhecimento populacional; família: compreendendo a dinâmica daqueles que convivem com um idoso; a atuação da enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso; e, o fenômeno da violência contra os idosos.*

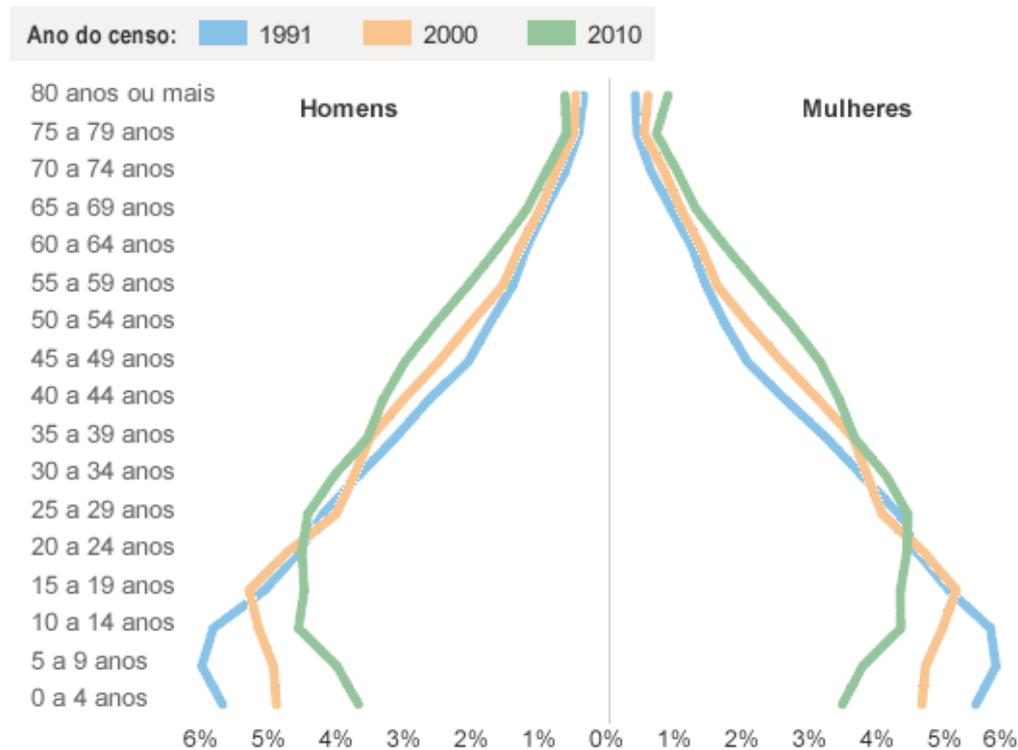
2.1 DESVELANDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fenômeno de amplitude mundial e tornou-se um dos maiores desafios contemporâneos da Saúde Pública. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, recentemente, os países em desenvolvimento mostraram o envelhecimento da população de forma mais acentuada (APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010). No Brasil, esse quadro não é diferente, e hoje o país conta com 14.081.480 pessoas com mais de 65 anos (IBGE, 2010), sinalizando para a inversão na pirâmide etária com o estreitamento da sua base. Proporção de idosos também pode ser notada no topo da pirâmide, a seguir.

FIGURA 1. Pirâmide etária brasileira.

A população envelhece

Base da pirâmide etária se estreita ainda mais em 2010 e indica envelhecimento da população. Proporção de idosos também pode ser notada no topo da pirâmide.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

Fatores como a queda da mortalidade, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental, assim como, os avanços tecnológicos contribuíram para este cenário (SANTOS, 2008). O envelhecimento é universal e, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo. Ou seja, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre (MOTA *et al*, 2010). Segundo Beauvoir (2003), a vida é dinâmica: em todo momento se perde o equilíbrio e mais adiante, se o reconquista, e é essa constante mudança que constitui a lei da vida. Assim, durante todo o percurso, a cada fase de desenvolvimento, ocorrem múltiplas transformações.

Envelhecer também é considerado irreversível. Apesar de todo o avanço da medicina em relação às descobertas, aos tratamentos das doenças, às novidades farmacológicas, ao desenvolvimento de técnicas estéticas, nada é capaz de reverter tal processo. Ele é heterogêneo e individual. Em cada espécie há uma velocidade própria para envelhecer, variando de indivíduo para indivíduo e num mesmo indivíduo, de órgão para órgão. O

processo é ainda deletério, pois leva a uma perda progressiva das funções, o que dificulta a manutenção da homeostasia (DUARTE, 2008).

O processo de envelhecimento acontece de forma rápida, sem tempo para reorganização social e da área de saúde mais adequados para atender às novas demandas (KALACHE, 2008; BRASIL, 2006; BRASIL, 2002). Assim, esse acelerado processo e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, tem chamado atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais de vida e sobre a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos (REIS *et al*, 2008). Estudo realizado por Nunes *et al* (2010) mostra que o envelhecimento está acontecendo como um evento mal sucedido, caracterizado por comorbidades e dependência para realizar as atividades diárias.

A desvalorização social da velhice e sua associação imediata à doença desestimulam muitas vezes o idoso a ter uma postura de maior investimento em sua saúde, como se nada pudesse repercutir positivamente ou amenizar limitações (MOTA *et al*, 2010). Para muitos, na velhice, tudo é atribuído à idade: são anos marcados por doenças, sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão, sem levar em conta as características da personalidade de cada indivíduo e do contexto socioeconômico em que está inserido.

Embora a maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por ela. Muitos levam uma vida perfeitamente normal, com suas enfermidades, quando controladas. Na verdade, o que mais importa nesta etapa de vida é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Atualmente, embora haja um elevado número de pessoas idosas que preservem sua capacidade funcional, há também um número expressivo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, os quais apresentam, paralelamente, acentuado declínio de suas funções, o que os torna dependentes (SANCHES, 2008).

Souza e Menezes (2009) afirmam que o aumento da expectativa de vida vem seguido de envelhecimento com longevidade. Essa longevidade tem resultado em aumento do número de idosos com maior fragilidade (CAMARANO *et al*, 2007).

A Portaria 2.528, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considera Idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que vive em instituições de longa permanência para idosos, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia

terminal, amputações de membros -, encontra-se pelo menos com uma incapacidade funcional básica ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006a). As principais manifestações clínicas dessa síndrome são a fraqueza, exaustão, diminuição da atividade física, perda de peso involuntária, diminuição da velocidade da marcha e do equilíbrio (MACEDO *et al*, 2008).

Embora a fragilidade, no sentido mais estrito do termo, seja considerada síndrome ainda sem definição consensual, sabe-se que ela pode interferir na funcionalidade dos idosos, causando, em geral, maior dependência.

Apesar de velhice não ser sinônimo de doença, existe uma associação entre o envelhecimento e o grau de dependência (SALGUEIRO; LOPES, 2010). Isto pode ser justificado devido às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento e das sequelas decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis, que podem levar ao comprometimento da capacidade funcional e conseqüentemente gerar dependência física.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2007) define a capacidade funcional do idoso pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana. Os conceitos fazem parte de um sistema de classificação internacional de comprometimento, incapacidade e desvantagens (ICIDH), da *World Health Organization* (WHO).

O comprometimento se relaciona aos aspectos orgânicos, e consiste na perda ou a alteração das estruturas ou funções, sejam elas psicológicas ou fisiológicas. A incapacidade é a falta ou limitação de uma habilidade, que resulta de um comprometimento, para realizar uma atividade rotineira. A desvantagem seria um prejuízo social resultante do comprometimento e da incapacidade (SBGG, 2007).

As atividades de vida diária compreendem aquelas atividades que se referem ao cuidado com o corpo das pessoas (vestir-se, fazer higiene, alimentar-se), as atividades instrumentais da vida diária são as relacionadas com atividades de cuidado com a casa, familiares dependentes e administração do ambiente (limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças) (SBGG, 2007).

Os instrumentos mais conhecidos para avaliar a capacidade funcional são: o índice de KATZ, índice de Kenny, índice de Barthel, Medida de

Independência Funcional (MIF) e escalas de atividades instrumentais da vida diária dupla (AIVD) de Lawton.

O termo *dependência*, na prática geriátrica, liga-se a *fragilidade* e, esta é vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente. Essa condição é observada, geralmente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptar-se ao estresse, causado por doenças agudas ou crônicas (CALDAS, 2003). Assim, a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os atos correntes de vida (ARAÚJO *et al*, 2011).

A dependência traduz-se por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas também o somatório da incapacidade com a necessidade (CALDAS, 2003).

Com o objetivo de ampliar a qualidade de vida da pessoa idosa, a Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída através da Lei nº 8.842, de 04 de novembro de 1994, e regulamentada através do Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996, com o intuito de atender esse segmento etário da população. Essa política representou um avanço diante das vulnerabilidades que permeiam os idosos no Brasil. A PNI tinha como princípio que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma de suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. Em 1994, também foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).

As principais diretrizes que compreendem a PNI, segundo Camarano e Pasinato (2004), são a adoção de medidas preventivas, com ênfase no atendimento multidisciplinar especializado e a assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa com foco na manutenção da capacidade funcional.

A Lei 8.142 rege por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, onde a família, a sociedade e o Estado são os responsáveis por garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde e à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos, com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 2003). Sua implementação compreende a

definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, direta ou indiretamente relacionados com o seu objeto.

Do mesmo modo, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 01/10/2003, que assegurou direitos específicos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no seu Capítulo IV, artigo 15, assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal, igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003). Esse documento legal é abrangente, e seu cumprimento significa uma tentativa de estabelecer orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil e de coibir as diferentes formas de violência contra os idosos.

O Estatuto afirma em seu artigo 3º que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Ante posto, vale ressaltar que os idosos, que consideram a velhice como um fenômeno natural, dão mais sentido à vida, participam mais do seu meio e da sociedade, sendo felizes. Eles correspondem, portanto, ao auto-reconhecimento de aspectos positivos, como um sistema de valores estável, como por exemplo, sensatez, amadurecimento e outros, e de determinadas vantagens como a diminuição da responsabilidade e do trabalho, aumento do tempo livre para o lazer e a auto-estima elevada (RIBEIRINHO, 2008).

Conforme Alvarenga *et al* (2011) o envelhecimento tem especificidades marcadas pela posição da classe social de indivíduos e grupos sociais, assim como pela cultura, política, condições socioeconômicas e sanitárias das coletividades. Segundo o mesmo autor, as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos. Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família.

Nesta perspectiva, nota-se a importância do papel da família para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Desta forma, compreende-se ser fundamental, para o planejamento assistencial adequado ao idoso, a compreensão do seu contexto familiar, o que implica na compreensão das questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionalidade das famílias em geral.

2.2 FAMÍLIA: Compreendendo a dinâmica daqueles que convivem com um idoso

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo (TRELHA *et al*, 2006). Cada pessoa tem e terá, ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento (CALDAS, 2003). Nesse estudo adotamos como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar do idoso, participando assim de seu dia-a-dia.

Para se compreender a família como um sistema é necessário visualizar seu esquema de funcionamento interno, que opera dentro de contextos sociais específicos. Este esquema possui basicamente três componentes (VILELA *et al*, 2006):

- Estrutura: a família é um sistema sócio-cultural aberto, em transformação, sendo esta um conjunto de exigências funcionais que estabelece a interação entre seus membros e um padrão de relações;
- Desenvolvimento: a família passa por diferentes fases durante sua existência (ciclo vital) que requerem de seus membros constantes adaptações, sendo que o desenvolvimento da família transcorre em etapas de equilíbrio e adaptação e outras de desequilíbrio;
- Adaptação: a família se adapta às circunstâncias modificadas, de forma a manter sua continuidade e intensificar o desenvolvimento psicossocial de seus membros.

De acordo com a teoria de crise familiar, a família está em constante processo de transformação (“crises”) e mudança, responsáveis pelo seu desenvolvimento e por sua continuidade como um sistema. As “crises” ocasionam problemas temporários, com ressentimentos posteriores decorrentes de mecanismos de auto-regulação ou auto-equilíbrio, proporcionando assim, um crescimento significativo do sistema. Desta forma, a família mantém um equilíbrio instável, pois está permanentemente em busca de um sentido que a planifique (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

O envelhecimento é considerado uma das “crises” no ciclo vital, uma situação de mudança que requer adaptações do próprio indivíduo que envelhece, bem como de seu familiar que igualmente envelhece. Os vínculos estabelecidos dentro deste sistema, entre idoso e seus membros familiares, facilitarão ou não a passagem de ambos por esta etapa da vida. O exercício da autonomia e independência deste idoso, neste contexto, está diretamente

relacionado com a função exercida por ele neste grupo e com os vínculos resultantes desta interação que podem ser instáveis ou estáveis, eficazes ou ineficazes de acordo com sua estabilidade frente às demandas e às suas respostas (MAZZA; LEFEVRE, 2005).

As mudanças nos modelos de família, associadas ao aumento do segmento populacional com crescente grau de dependência, têm trazido forte impacto para as famílias brasileiras, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro. As alterações nos padrões de mortalidade e fecundidade trouxeram modificações importantes na arquitetura das famílias que podem influenciar na forma como cuidam de seus idosos. A diminuição da fecundidade tornou as famílias mais estreitas, resultando em declínio das relações intrageracionais, e a longevidade, por sua vez, trouxe aumento da multigeracionalidade (CAMARANO *et al*, 2007).

Frente às transformações nas estruturas familiares, questiona-se quanto ao impacto causado pela presença de idosos com limitações importantes na dinâmica de funcionamento das famílias, bem como das consequências disto no equilíbrio da estrutura familiar, já que passam a ser cada vez mais presentes.

A estrutura familiar de idosos pode ser encontrada em quatro diferentes situações: 1- os que vivem sozinhos, 2- os que residem com o cônjuge, mais filhos e parentes, 3- os que vivem com filhos e parentes e sem o cônjuge, e 4- aqueles que moram apenas com o cônjuge (PAVARINI *et al*, 2009). Embora, com a longevidade, a estrutura familiar mais frequentemente encontrada seja a família multigeracional, não há garantia de que nesse contexto as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora do idoso. As principais limitações frente à necessidade de cuidar de um idoso no contexto familiar estão relacionadas aos aspectos de ordem financeira, pessoal e social (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Quando surgem situações de fragilidade e dependência, há necessidade de adaptação e organização da família que se refletem no ajustamento dos papéis familiares, definidos ao longo do tempo e das formas como cada membro interage com os demais. Ao mesmo tempo, reajustes na estrutura familiar dependem de como as mudanças e eventos se originaram e dos recursos disponíveis para lidar com tais modificações (DUARTE, 2008).

Assim, a família é tida como uma importante rede informal de apoio ao idoso, constituindo-se como parceira das redes formais de apoio social. O fato de se coabitar e cuidar de um familiar idoso dependente pode ser um fator desencadeante de mudanças no sistema familiar, levando-o ao desequilíbrio em seu funcionamento.

O apoio familiar, portanto, está relacionado ao contexto de maior ou menor vulnerabilidade social. Vulnerabilidade é um construto multidimensional entendido como um

processo de estar em risco para alteração na condição de saúde, resultante de recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequado (SHEPARD; MAHON, 2002).

Deste modo, tenta-se fazer com que as pessoas idosas consigam permanecer nas suas habitações e com as suas famílias, o máximo de tempo possível e, com o máximo de autonomia. Contudo, existe uma necessidade crescente de acompanhamento e de cuidados para com estas pessoas. Estes cuidados podem ser assumidos pelas famílias com quem coabitam, porém, tal atitude pode alterar a maneira de funcionar da família, podendo ocorrer mudanças no nível da individualidade e da autonomia de todos os elementos da família, como também alguns poderão ter a necessidade de alterar ou desistir de alguns projetos de vida, contribuindo tudo isto para modificar a estrutura da família e para criar novas relações entre os seus membros (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Compreende-se assim, que a responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente tem sido identificada como um dos fatores que pode precipitar crises familiares e afetar especialmente o cuidador principal, que é o membro da família que suporta a maior carga física e emocional dos cuidados (LOPES, 2007).

Estudo realizado por Salgueiro e Lopes (2010) apontou que a média das idades dos familiares que coabitavam com os idosos dependentes foi de 60.76 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 96 anos. Assim, 59.4% dos familiares cuidadores são mulheres e 40.6% homens. E, 55.9% dos familiares assumiam-se como cuidadores principais, sendo os restantes 44.1% cuidadores secundários. Observa-se que, apesar de existirem cuidadores principais em todos os grupos etários, estes assumem maior expressividade nos grupos mais velhos. Em que 80% dos cuidadores principais são mulheres e 20% homens. Dos cuidadores principais femininos, são três os graus de parentesco com o idoso que se evidenciam: as filhas (45.3%), as esposas (37.5%) e as noras (10.9%). Já quando o cuidador principal é homem, é, sobretudo, o cônjuge, com uma predominância de 81.3%.

Lage (2007) remete que a doença, e em especial a doença crônica, constitui uma crise particularmente dramática, dado que acrescenta um conjunto de tensões e exigências que interagem com as mudanças normativas que as famílias vivenciam. Nesse sentido, o estresse surge como um fenómeno comum durante esta transição crítica com repercussões na dinâmica familiar.

Contudo, ao passo que a doença aguda exige alterações temporárias na organização e funcionamento da vida familiar, na doença crônica podem decorrer mudanças radicais. Uma doença com um período curto e de cura previsível é com certeza mais fácil de gerir

comparativamente a uma doença mais longa, visto que numa doença aguda as mudanças não tendem a ser permanentes e as famílias são mais capazes de as gerir, sem alterar de forma significativa os seus padrões habituais de funcionamento. Pelo contrário, na doença crônica ou situações terminais, onde se podem incluir os idosos com grau de dependência, exige que as suas famílias tenham de alterar os seus modos de funcionamento para lidar e adaptar-se ao decurso da doença (GONÇALVES, 2010).

Surge então, nesse sentido, um conceito oportuno no âmbito familiar: o suporte familiar, o qual se reporta a um construto de difícil definição e operacionalização, abrangendo questões referentes às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família. Mais especificamente, a manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família (características psicológicas) e, dessa forma, diferenciam-no do conceito de estrutura familiar referente ao número de pessoas e pertencentes a uma família, sua disposição e composição (características físicas) (ALVES *et al*, 2008).

Alvarenga *et al* (2011) aponta que a avaliação objetiva da composição familiar e das funções que seus membros exercem é importante porque fornece informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado aos idosos, uma vez que a família satisfaz numerosas necessidades de seus componentes, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (autoestima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo). O suporte social da família ajuda os idosos no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis da vida.

O cuidado ao idoso, no contexto familiar, deve ser visto como uma realidade complexa. Essa realidade é marcada por variáveis sociodemográficas, culturais e psicológicas, pela história do relacionamento familiar, pela natureza das necessidades e das demandas de cuidados para suprir tais necessidades, pelos recursos existentes e apoios oferecidos por redes formais ou informais e pela avaliação subjetiva que o cuidador, e demais membros da família, constrói sobre o cuidar e sobre as etapas da vida (PAVARINI *et al*, 2009).

A longevidade, a fragilidade e a multigeracionalidade estão entre os principais focos de interesse para a compreensão da dinâmica das famílias brasileiras vivendo em contextos diferentes de vulnerabilidade social, especialmente nos contextos de maior pobreza. Infelizmente, no Brasil, o crescimento da população idosa ocorre em ambiente de pobreza e de grandes desigualdades sociais (LIMA-COSTA, 2006).

Por outro lado, constata-se uma alteração dos modelos tradicionais das famílias. Sendo certo que o contexto familiar é o primeiro local de cuidados, aquele que está cada vez mais reduzido ao seu núcleo essencial, sendo frequentemente constituído por dois idosos de idades semelhantes, com os filhos a morarem noutra casa e frequentemente, noutra terra. O suporte familiar é primordial para uma prestação de cuidados de qualidade ao membro mais velho. Todavia, prestar cuidados em casa a pessoas dependentes é uma tarefa árdua que pode acarretar consequências para o cuidador e para a família como um todo. Ora, sabendo como e em que medida se altera a dinâmica da família que coabita e cuida de um familiar idoso dependente, podemos mais facilmente identificar aquelas famílias que podem estar em risco de desequilíbrio e assim estabelecer mecanismos e programas de apoio que vão de encontro às mesmas (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

As dificuldades enfrentadas pelos idosos, algumas decorrentes da fragilidade e da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, os tornam vítimas em potencial de várias mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada em nossos dias (APARATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

A este respeito, Jayawardena (2006) menciona que a dependência dos idosos aos familiares acarreta estresse, sobretudo para aqueles responsáveis pelo seu cuidado direto. Esse estresse do cuidador é um fator de risco para a ocorrência de violência.

Nesse sentido, compreender o contexto familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional pode contribuir para o planejamento de uma linha de cuidado ao idoso com limitações no sistema público de saúde, especialmente para o atendimento de idosos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

As mudanças no perfil populacional refletem grandes preocupações, não só em decorrência dos agravos de doenças crônicas, mas da interação da saúde física e mental, da independência financeira, capacidade funcional e suporte social (BRASIL, 2006a; SOUZA *et al*, 2009). O idoso tem merecido atenção especial, pois o processo de envelhecer saudável implica cuidados de promoção, prevenção, educação, intervenção. Requer envolvimento e qualificação dos profissionais, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar (CALDAS, 2003).

O enfermeiro tem papel fundamental na assistência, educação em saúde e formação de recursos humanos, por serem ferramentas utilizadas para se promover saúde (LITVOC;

BRITO, 2004; SOUSA, 2008). Neste contexto, a enfermagem tem se desenvolvido no sentido de buscar novos horizontes e perspectivas mais humanizadas no cuidado com as pessoas, em especial, os idosos, grupo que a sociedade pouco reconhece devido aos seus estereótipos.

A política nacional da pessoa idosa define que a atenção à saúde do idoso tem como porta de entrada a atenção básica/saúde da família. Na visão de Martins *et al* (2008), os serviços de saúde passam por um processo de adaptação ainda a “passos curtos” para incorporar a família como participante do cuidado prestado ao idoso enfermo em programas de atenção primária de saúde como, por exemplo, a Estratégia da Saúde da Família (ESF), em que os profissionais devem atuar tendo como objetivo realizar atividades preventivas de todos os membros da família.

Observa-se que o idoso de um modo geral e sua família necessitam de mais apoio e atenção, de serem mais valorizados e receber assistência de uma equipe multiprofissional, com vista a um atendimento holístico na promoção de um funcionamento familiar mais saudável.

Nesse sentido, os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e encontram-se inseridos nas comunidades, estão, *a priori*, empenhados em propostas de educação em saúde, com o objetivo de contribuir para a transformação social, podendo ser efetivos agentes para o conhecimento e a intervenção sobre as alterações na dinâmica familiar decorrentes do comprometimento da capacidade funcional dos idosos.

Assim, o papel do enfermeiro implica em relacionar os fatores que influenciam o funcionamento da saúde da família, entre estes estão à cultura, a classe social, a própria família e o profissional de saúde (BRASIL, 2006b). Logo, os enfermeiros devem estar preparados para trabalhar a interdisciplinaridade e a integração entre a rede básica e o sistema de referências, além de facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 2006c).

Assim, resgatar o cuidado humano torna-se essencial para os profissionais de saúde da ESF, principalmente quando se trata de cuidado à pessoa idosa que precisa de atenção, carinho, respeito a seus valores culturais, por se encontrar em situação de fragilidade ocasionada pela própria idade.

O cuidado está embutido nos valores, que independente do enfoque, prioriza a paz, a liberdade, o respeito, o amor, entre outros aspectos (WALDOW, 2006). O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato (BOFF, 2004). É um modo de ser no qual a pessoa centra-se no outro, incluindo duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, a atitude de solicitude e atenção para com o outro; a segunda, de

preocupação e inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Dessa forma, o enfermeiro deve conhecer o indivíduo do qual cuida, sua família em seu contexto de vida, conscientizando-se de suas práticas, crenças e valores (POSSEBON, 2005). A concretização do cuidado sustenta-se na concepção de um trabalho dirigido aos indivíduos e à coletividade, em que os valores e crenças relacionam-se a todos os sujeitos envolvidos no cuidado (GONÇALVES; SENA, 2007).

Os componentes do cuidado envolvem competência técnica, conhecimento científico, qualidades humanas, por isso é importante distinguir o termo cuidar de cuidado. Cuidar significa uma ação dinâmica, pensada e refletida, envolve um agir, uma atitude integrada pela formação pessoal e a profissional, enquanto que o cuidado tem a conotação de responsabilidade e de zelo (ROCHA *et al*, 2011).

Nesse vertente, a enfermagem, considerada como a arte do cuidar, passa a integrar-se fundamentalmente nas práticas de cuidado, sempre buscando um envolvimento com o ser humano em todos os seus aspectos, não importando como e a quem, só precisa que o indivíduo esteja necessitando de cuidado.

Em estudo realizado por Rocha *et al* (2011) com 12 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde de Teresina/PI, evidenciou-se o cuidado com base em valores humanos, como o respeito e a solidariedade, apesar das limitações como a falta de recursos humanos e materiais, capacitação dos profissionais e estrutura física inadequada.

Percebe-se que falta otimizar a operacionalização das políticas públicas voltadas para o idoso, no sentido de capacitar profissionalmente o enfermeiro e ampliar recursos financeiros para apoiar e melhorar as ações de cuidado na saúde. Tais intervenções são incipientes, embora estejam bem fundamentadas e regulamentadas nos seus diversos dispositivos legais.

Apesar de todos os limites, os enfermeiros prestam um cuidado humano, de forma calorosa, com amor, respeito, solidariedade, carinho, preocupando-se com o outro, sentindo e vivenciando seus problemas. Porém, reflexão e análise, por parte dos gestores, fazem-se necessárias com vistas a programar e realizar treinamentos direcionados e específicos para o cuidado à pessoa idosa.

O processo de cuidar requer do profissional o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizados para e com o paciente/ser cuidado (WALDOW, 2001).

Embora já tenha sido abordado por enfermeiros e outros profissionais ligados à área da saúde, esse assunto ainda requer estudos de aprofundamento que orientem uma prática

assistencial mais efetiva, com interação mais próxima entre familiares de idosos doentes e/ou fragilizados e a equipe de saúde. Tais estudos certamente promoveriam a conscientização dos profissionais e formuladores de políticas e programas na articulação de mecanismos que incentivem maior parceria entre os participantes dessa assistência, reorganizando serviços mais condizentes em parceria com outros setores, como o social e o educacional, somando esforços e recursos e envolvendo o próprio cidadão idoso e seus familiares, e ainda a comunidade circundante (MARTINS *et al*, 2008).

2.4 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos. Algumas são decorrentes da fragilidade e da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de várias mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência doméstica observada (MINAYO, 2002).

A violência é um problema mundial, complexo, enraizado em dimensões culturais, que possibilita diferentes abordagens e definições, o que traz dificuldade para estudos comparativos e visões globais sobre sua magnitude. A multiplicidade e a falta de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registro também são desafios a serem superados visando a estimativas mais fidedignas. Apesar dessas dificuldades, estudos internacionais têm sugerido que a violência contra o idoso tenha prevalências mais altas do que muitas patologias alvos de programas de controle em todo o mundo (APRATTO JÚNIOR; MORAES, 2010).

A prevalência global dos maus-tratos situa-se por volta dos 4%, apesar de variar de acordo com os estudos efetuados (RIBEIRA *et al*, 2009), e verifica-se que em todos os países em que o fenômeno foi estudado a sua prevalência tem uma dimensão importante (FERREIRA-ALVES, 2005). Algumas pesquisas efetuadas em países, como por exemplo, Austrália, Canadá, Inglaterra e Irlanda do Norte concluíram que a proporção de idosos que sofrem maus-tratos oscila entre os 3% e os 10%. No Canadá 55% dos casos denunciados eram de abandono, 15% de maus-tratos físicos e 12% de exploração financeira (DIAS, 2005; SANMARTIN *et al*, 2001).

No Brasil, ainda não se tem ideia da prevalência do problema. No entanto, as características da sociedade brasileira atual, tais como as sérias dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, fatores reconhecidamente favorecedores da disseminação da violência, fazem crer

que o problema seja bastante frequente, tornando de grande relevância no país a temática violência praticada contra os gerontes (APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

A violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar é um problema que se agrava e se estende, gradativamente, nos dias atuais. O idoso se torna uma vítima fácil, por, muitas vezes, depender de seus familiares em diversos aspectos, seja nos cuidados da saúde, nas relações sociais, na dependência financeira ou até mesmo pela simples convivência familiar.

Uma das formas de conceituar a violência contra a pessoa idosa é a adotada pela Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso (BRASIL, 2007). Segundo a qual, esta se manifesta como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

Segundo Souza (2008), considera-se violência doméstica ou intrafamiliar toda e qualquer ação ou omissão que restringe a dignidade, o respeito, a liberdade, a integridade física e psicológica e o pleno desenvolvimento por parte de um membro familiar. A pessoa que pratica essa agressão pode ser da família, como parentes, ou pessoa que exerce a função parental sem haver laços sanguíneos. Neste sentido, Pasinato *et al* (2006) concorda que a definição específica de violência contra idosos considera tanto ações como omissões, intencionais ou não.

Minayo (2004) classifica os maus tratos e a violência contra os idosos em:

1. **Maus-tratos físicos:** uso da força física para compelir os idosos a fazer o que não desejam, para feri-lo, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
2. **Maus-tratos psicológicos:** agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
3. **Abuso financeiro ou material:** exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais.
4. **Abuso sexual:** refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero relacional, utilizando pessoas idosas. Visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
5. **Negligência:** recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, se manifesta associada

a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para os que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

6. **Abandono:** ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
7. **Auto-abandono ou autonegligência:** conduta de uma pessoa idosa que ameace a sua própria saúde ou segurança, com recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado.

Diante dos conceitos abordados podemos inferir que a violência contra idosos são atos isolados ou repetitivos, ou falta de atos apropriados, que causem dano ou angústia ao idoso. Vale salientar que a violência se dá em relacionamentos onde há expectativa de confiança, ou seja, entre pessoas próximas.

Em estudo realizado em Florianópolis, em que 149 idosos foram atendidos, as solicitações de violência intrafamiliar totalizaram 170 situações. Nota-se que ocorreram mais solicitações do que o total de idosos atendidos no período; isso quer dizer que há a ocorrência de mais de uma situação de violência para cada idoso atendido. A maioria destas situações atendidas refere-se às mulheres, totalizando 127 solicitações; já as situações que se referem aos idosos do sexo masculino totalizaram 43 (COSTA; CHAVES, 2003).

Numa pesquisa realizada em Niterói – RJ, a prevalência de diversos tipos de violência contra idosos no domicílio praticada por pessoas de confiança variou entre 43,2% (violência psicológica) a 6,1% (violência física grave) (APRATTO JÚNIOR, 2010). Tais estimativas são bastante semelhantes às encontradas em alguns estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá, que estimam uma prevalência de maus-tratos físicos em 10% para toda a população idosa (COSTA; CHAVES, 2003).

Um estudo realizado no Brasil por Melo *et al* (2006), verificou que numa amostra de 315 idosos, 66 referiram sofrer de maus-tratos. Desses, 65,2% eram mulheres. O tipo de violência mais comum foi à psicológica (62,1%), seguida da física (31,8%), ambas cometidas pelos próprios familiares e em domicílio.

Diante da alta magnitude do problema e das consequências nefastas da violência, sobretudo a psicológica, à saúde do idoso, vários autores têm enfatizado a necessidade de

encarar o problema como uma grave situação de saúde, que necessita de ações de enfrentamento imediato nesse grupo populacional.

No entanto, é preciso ressaltar que nem todos os episódios de violência que ocorrem com os idosos chegam ao conhecimento dos serviços de saúde, conforme vem sendo apontado por vários estudos. Por um lado, isto se deve ao fato de que grande parte da violência contra esse grupo etário é perpetrada pelos familiares no ambiente doméstico, o que dificulta a denúncia e a notificação dos atos abusivos pelos idosos (MINAYO, 2004; SOUZA, 2009). Explico: grande parte das situações ainda sofre uma invisibilidade de origem social, sobretudo no que tange à violência intrafamiliar. Destaca-se nessa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência é um problema privado, que só pode ser resolvido pelos envolvidos, geralmente dentro de casa. Como muitas vezes a violência é cometida por pessoas de sua confiança, o idoso não se dispõe a relatar facilmente os episódios de vitimização que sofre, dificultando ainda mais a identificação da situação.

Neste sentido, a revelação dos fatores de risco para ocorrência da violência permite melhor compreender esse fenômeno e possibilita maiores subsídios na implementação de medidas de vigilância à saúde, além de auxiliar na manutenção de uma convivência familiar pacífica entre os idosos e seus familiares e favorecer a mobilização de medidas socioculturais, que visem à melhoria da qualidade de vida de toda a unidade familiar (SOUZA *et al*, 2008).

Os maus-tratos não são consequência apenas de um fator, mas da combinação de fatores pessoais, familiares, sociais e culturais (PEREZ-ROJO *et al*, 2009; DAICHMAN *et al*, 2008) e são mais frequentes nas situações em que existe relacionamento de confiança, como por exemplo com familiares, vizinhos e amigos.

Dyer *et al* (2000) consideram a idade, a raça, a baixa autoestima e o déficit funcional ou cognitivo como fatores de risco para situações de maus tratos, assim como a história de violência na família e eventos estressantes. Nusbaum *et al* (2006) alertam no entanto, que os idosos vitimizados podem ser abusados continuamente, pois o autor do abuso procura esconder as consequências do ato, e naturalmente impede o acesso das vítimas aos serviços de saúde.

Outros aspectos como idade avançada, baixos níveis de educação, debilidade física, perturbações psicológicas e depressão estão fortemente associados aos maus-tratos nos idosos, sendo encarados desta forma como fatores de risco (LACHS, 1995; FULMER *et al*, 2000).

O risco de violência também pode estar associado aos escassos recursos econômicos/sociais, baixos rendimentos das famílias, isolamento social das pessoas, baixo nível educacional, debilidade funcional do idoso, abuso de substâncias pelo prestador de

cuidados ou pelo idoso na família, alterações psicológicas, personalidade patológica, história anterior de violência, frustração ou exaustão do prestador de cuidados ao idoso e limitação cognitiva de ambos. Estes fatores podem ser considerados para algumas realidades, porém, não devem ser generalizados para todo território brasileiro, porquanto são resultados de pesquisas de uma pequena parcela populacional (SOUZA *et al*, 2008).

Outros fatores de risco estão diretamente associados à dificuldade em diagnosticar (MELO *et al*, 2006), pois encontramos no idoso sentimentos de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represálias por parte do agressor ou ainda receio de institucionalização.

Cabe ressaltar que as escolas formadoras de profissionais da saúde ainda não os preparam para o manejo de casos de violência, contribuindo para sua não detecção e, o que é pior, para o não reconhecimento desde agravo enquanto um problema de saúde. Conforme Souza (2008), o profissional de saúde frequentemente não investiga a história de violência no atendimento aos idosos, seja porque não se sente capacitado para fazê-lo, seja porque não existem protocolos, o que leva à conclusão de que a rede de serviços não está preparada para acolher, escutar, tratar e encaminhar o idoso. Tudo isso contribui para o sub-registro das ocorrências.

A Organização Pan-Americana da Saúde considera que o setor saúde deve ajudar a buscar soluções e aplicações de medidas preventivas e de controle de todas as formas de violência contra esse grupo populacional. Nesse contexto, a estratégia Saúde da Família pode ter um enorme potencial para construir estratégias de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade, tal como a violência.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa não faz menção explícita à violência intrafamiliar, a que mais ocorre e vitimiza os idosos (BRASIL, 2006d). Mas, faz parte deste documento de política a preconização da assistência interdisciplinar e multidimensional quanto aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nele também se ressalta a importância da rede de suporte social e do ambiente comunitário e familiar no qual o idoso está inserido, embora não fica explícita sua maior vulnerabilidade a ocorrências de violência. O texto se refere também à necessidade de acompanhamento dos cuidadores. E destaca ainda que todas as intervenções devem estimular o autocuidado e se orientar para a promoção da autonomia e da independência, e estar atentas à detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e de comprometimento precoce da funcionalidade.

Salientamos que as principais vítimas de violência são os idosos mais dependentes, demenciados e com menos acesso aos serviços de saúde. Estes requerem maior cuidado e

atenção, por isso mesmo estressam e cansam mais os cuidadores. Deste modo, o grupo mais vulnerável à violência tem sido o menos focalizado pelas políticas públicas (SOUZA; MINAYO, 2010). Daí, a importância de se conhecer o cotidiano de uma família cuidadora de idoso doente e/ou fragilizado, que com ele convive, suas sobrecargas, suas dificuldades, seus estresses.

Capítulo 3

O envelhecimento ocorre apenas dos 25 aos 30 anos.
O que se obtém até esse momento é o que se conservará para sempre.

CHRISTIAN HEBBELC

3 CAMINHAR METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, fundamentada no método de História Oral.

A pesquisa exploratória realiza descrições da situação e objetiva descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes. Esse tipo de pesquisa requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação. A pesquisa descritiva, por sua vez, observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, permitindo assim uma descrição acerca do objeto de estudo. Procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidade mais complexa (CERVO, 2007).

A abordagem qualitativa consiste em um método que se preocupa em observar aspectos mais profundos da complexidade humana permitindo a interface mais detalhada sobre hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2006), sendo essa abordagem relevante para compreensão das subjetividades que permeiam a relação familiar dos idosos.

Este estudo guiou-se pelo método da História Oral, que consiste na narrativa do conjunto da experiência de vida de uma pessoa. É um recurso moderno usado para a elaboração dos registros, documentos, arquivamentos e estudos referentes à experiência social de pessoas e grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva (MEIHY, 1998) e, portanto adequada ao objeto de estudo: dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade. Esse método possibilita maior qualidade e profundidade dos dados a serem coletados, permitindo uma maior aproximação com a dinâmica familiar vivenciada cotidianamente por esses sujeitos.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na residência dos idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Município de Jequié, sudoeste baiano, distante 358,7

km da capital, Salvador, Bahia, Brasil. Do total de sua população, estimada em 151.921 mil habitantes, a proporção de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, é de 9,57%. Ressalta-se ainda que 1,4% da população já atingiu a idade igual ou superior a 80 anos, o que confere ao município a característica de longevo (IBGE, 2010).

Pelos princípios norteadores da Norma Operacional da Assistência à Saúde – Sistema Único de Saúde (NOAS - SUS) (CERVENY; BERTHOUD, 1997), o município encontra-se em gestão plena de assistência municipal de seus serviços de atenção básica, mas vinculado também à gestão estadual de seus serviços de saúde segundo a Portaria GM/MS nº. 2.023, de 23/09/2004 – Descentralização em Saúde.

Com relação à estrutura operacional dos serviços de saúde, o Município prima pela assistência primária em Unidades Básicas de Saúde com 04 Centros de Saúde, 16 Postos de Saúde, 18 Unidades de Saúde da Família com 21 equipes, mais o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 308 ACSs (Coordenação de Saúde Municipal, em 26/09/2012).

A escolha desta Unidade se deu pelo fato de estar localizada num bairro periférico da cidade, com difícil acesso para a população idosa. Bem como por tratar-se de um bairro pouco investigado/frequentado pelos docentes da Universidade Estadual da Bahia e da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Na referida (USF) funciona uma Equipe de Saúde da Família, composta por um enfermeiro, um médico, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

3.3 COLABORADORES DO ESTUDO

Foram considerados colaboradores deste estudo 15 pessoas idosas, quatro do sexo masculino e 11 do feminino, residentes no *locus* da pesquisa.

A escolha dos colaboradores obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: Homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos; Residir com familiares; Demonstrar condições cognitivas para responder ao instrumento de coleta de dados; Apresentar comprometimento da capacidade funcional; Aceitar participar voluntariamente do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A Capacidade Funcional refere-se à capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias à manutenção de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer

compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância (GIACOMIN *et al*, 2008; ZUNZUNEGUI *et al*, 2006).

A aproximação com os idosos foi feita após contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jequié/BA para autorização da coleta dos dados na USF. Posteriormente, foi agendando um encontro com a coordenadora da USF para esclarecimentos sobre a pesquisa a ser desenvolvida. Tão logo, foi agendada uma reunião com todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) daquela unidade para levantamento dos idosos cadastrados. A pesquisadora, direcionada pelos ACS, dirigiu-se às residências dos idosos para início da coleta de dados.

3.4 COLETA DE DADOS

Utilizou-se como técnica para coleta de dados a entrevista individual, vista por Biasoli-Alves e Dias da Silva (1992) como uma ferramenta imprescindível para buscar contextualizar o comportamento dos sujeitos, vinculando-os com sentimentos, crenças, valores, permitindo que se obtenham dados sobre o passado recente ou longínquo.

De acordo com Minayo (2010), este método de coleta de dados combina perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Ressalta-se que esta técnica possibilita inserir outras questões durante a coleta, condicionada à interação do pesquisador, do sujeito e das respostas deste último. São várias as vantagens da entrevista: aprofundar respostas, acompanhar ideias e investigar motivos e sentimentos. O tom de voz, a hesitação, a expressão facial externada após uma pergunta pode proporcionar informações talvez inatingíveis numa resposta escrita (BELL, 2008).

Vale salientar que a base da existência da História Oral é o depoimento gravado. Sua operacionalização, conforme Meihy (1998), requer a adoção de algumas medidas, tais como: agendar as entrevistas, segundo a conveniência do colaborador; comparecer ao local no horário e data marcados; criar um clima de solidariedade aberto ao acolhimento, à confiança e ao respeito; solicitar consentimento para gravar. Antes da gravação, devem ser registrados os dados de identificação (nome do projeto, data, nome do entrevistador, nome do colaborador, local da entrevista) e, durante a sua realização, deve ficar registrado que a entrevista terá uma conferência e que nada será publicado sem a autorização prévia do colaborador. Durante o desenvolvimento da entrevista, deve-se evitar as interferências para que o entrevistado possa seguir sua lógica de narrativa.

Segundo Lima e Gualda (2001), a entrevista caracteriza-se por ser um processo de relação interpessoal, onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador, conformando um processo de intersubjetividade. Para tanto, o pesquisador deve respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir a sua narrativa, na tentativa de captar a sua interpretação da realidade e deve “despir-se” de suas crenças, valores e formação intelectual.

A escolha dessa técnica privilegia a expressão do vivido, focalizando experiências individuais e coletivas de relacionamentos de cuidado e aprendizado na dinâmica familiar entre o idoso e seus familiares, o que incluiu toda forma explícita ou implícita de perspectivas e sentimentos que podem se apresentar diretamente ou nas entrelinhas das entrevistas.

A entrevista foi guiada por um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), gravada através de um aparelho eletrônico tipo MP4 e posteriormente, transcrita. A realização das entrevistas se deu na residência dos idosos, em um espaço da casa que garantisse a privacidade dos mesmos e sigilo das informações, sendo condicionada à sua autorização, através da assinatura do termo de consentimento, previamente esclarecido junto aos colaboradores pela pesquisadora.

A análise dos dados se deu no mesmo tempo que a coleta, indicando saturação na décima quinta entrevista. Considera-se saturação teórica o ponto em que as narrativas não mais acrescentam informações às categorias temáticas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para sistematizar e analisar os dados obtidos nas entrevistas com os colaboradores foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorial. De acordo com Bardin (2011), esta é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A Análise de Conteúdo pode ser realizada adotando diferentes técnicas. Bardin (2011) classifica essas técnicas como: análise categorial, análise da enunciação, análise da expressão, análise das relações e análise do discurso. Neste estudo, utilizemos a técnica de categorização com a investigação do tema ou análise temática, que, segundo a autora, é uma forma rápida e eficaz de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

Os procedimentos de análise foram utilizados em duas dimensões: A primeira foi a tabulação dos indicadores socioeconômicos e de saúde, permitindo, além do conhecimento da realidade, conhecer as características dos idosos com comprometimento da capacidade funcional; A segunda dimensão consistiu no destaque de informações relevantes a partir da análise das entrevistas de acordo com os propósitos da pesquisa, seguindo o plano de análise de seu conteúdo (FIGURA 2).

FIGURA 2 PLANO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN



Fonte: Bardin, 2011.

A fim de se operacionalizar a análise dos dados, percorreram-se as três fases básicas descritas por Bardin (2011) como “pólos cronológicos” que compõem a técnica de Análise de Conteúdo: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, a partir de escolhas de documentos, formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de

indicadores que fundamentaram a interpretação final. A segunda fase, exploração do material, consiste nas operações de codificação em função das regras previamente estabelecidas. No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, a terceira e última fase, o objetivo é obter resultados válidos e significativos.

Assim, a análise dos dados deu-se da seguinte forma: inicialmente organizamos o material coletado por meio da entrevista, transcrevendo-as na íntegra; em seguida realizamos uma leitura flutuante das informações coletadas. Após essa primeira leitura nos direcionamos para leituras de forma mais aprofundada do material coletado, com vista a registrar impressões sobre as mensagens emitidas. As categorias e subcategorias deste estudo emergiram após a análise no intuito de se estabelecer classificações, conforme quadro a seguir:

QUADRO 1 – Distribuição dos Temas, Categorias e Subcategorias.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Atividades da Vida Diária	Cuidado com a Casa	
	Atividades Sociais e de Lazer	
Dependência dos Idosos aos Familiares após Comprometimento da capacidade funcional	Sentindo-se um incômodo para a família	
	Sentindo-se abandonado pela família	
	Percebendo mudança na relação familiar	
Vivência da violência intrafamiliar	Expressões da Violência	Negligência
		Violência Psicológica
		Exploração Financeira
		Violência Física

Fonte: Pesquisa “Dinâmica Familiar de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional”. Salvador/BA, 2013.

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Protocolo 41/2011) (ANEXO A), este estudo foi encaminhado à coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do

Município de Jequié/BA, por meio de uma Carta de Solicitação de Campo para Coleta dos Dados junto à comunidade (APÊNDICE B), que avaliou a viabilidade e forneceu um parecer favorável à sua realização em uma Unidade de Saúde da Família do município (ANEXO B).

Embora não oferecesse riscos físicos aos participantes, a pesquisa poderia provocar constrangimentos aos mesmos por adentrar em questões íntimas de sua vida e mobilizar emoções, sentimentos de alegria ou de tristeza. No intuito de reduzir os possíveis desconfortos, a coleta de dados foi realizada em ambiente restrito, onde estava presente apenas a pesquisadora e o sujeito, de modo a preservar o sigilo das informações e a privacidade dos entrevistados.

Os idosos também foram esclarecidos sobre os objetivos e relevância do estudo, bem como foram informados sobre o seu direito de participar ou não, da autonomia de desistir em qualquer fase, devendo os mesmos expressar esta intenção à pesquisadora através do telefone disponibilizado. A pesquisa não previu pagamento pela participação dos colaboradores do estudo, como também não houve pagamento para os pesquisadores.

Aceitando participar do estudo, foi solicitado aos idosos a leitura do Formulário de Informação aos Participantes (APÊNDICE C) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Os idosos participantes ficaram com a via original do TCLE, devidamente assinado pela pesquisadora, e devolveram uma cópia assinada por eles. No intuito de preservar o anonimato dos colaboradores os mesmos foram identificados ao longo do estudo como E-1, E-2, até E-15.

Os dados coletados durante as entrevistas, e transcritos após as mesmas, foram gravados em *CD rom* e arquivados pelos pesquisadores responsáveis no diretório do grupo de pesquisa, onde esta pesquisa encontra-se vinculada (GECEN/UFBA - Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem).

Esses e outros aspectos éticos da pesquisa estão de acordo com as exigências dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos, com base nos referenciais básicos da bioética autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (BRASIL, 1996).

Capítulo 4

Não é preciso ter pressa.
A impaciência acelera o envelhecimento,
eleva a pressão arterial e apressa a morte.
Tudo chega a seu tempo.

MASAHARU TANIGUCH

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esse capítulo apresenta a caracterização dos idosos entrevistados quanto aos aspectos socioeconômicos, condições de saúde e os temas desvelados através da história oral, os quais orientaram as discussões para compreensão do objeto de estudo: dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional. São eles: Atividades da Vida Diária; Dependência dos Idosos aos Familiares após Comprometimento da capacidade funcional, Vivência da violência intrafamiliar. Tais temas apresentam inter-relações no que se refere à dinâmica familiar e ao comprometimento da capacidade funcional. Essas relações se estabelecem entre si e revelam as condições para que o cuidado ao idoso seja realizado, o contexto em que este cuidado ocorre, bem como as consequências do cuidado realizado a essa população.

Contudo, antes de se adentrar ao universo dos discursos, faz-se necessário uma apresentação dos idosos entrevistados, uma vez que um fato só pode ser compreendido quando se conhece, inicialmente, os sujeitos que o compõe (RAMOS, 2010).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS COLABORADORES DO ESTUDO

Para uma melhor visualização dos colaboradores deste estudo segue uma breve descrição do perfil dos idosos, com informações relevantes a este estudo, obtidas durante as entrevistas.

E-1: Sexo feminino; 73 anos. É divorciada; católica; estudou até o ensino fundamental; aposentada; proprietária de um pequeno comércio. Sua família é composta por 6 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-2: Sexo feminino; 78 anos. É casada; católica; estudou até o ensino médio; aposentada. Sua família é composta por 6 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-3: Sexo feminino; 65 anos. É divorciada; católica; estudou até o ensino fundamental; aposentada; proprietária de um bar. Sua família é composta por 8 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-4: Sexo masculino; 72 anos. É solteiro; católico; alfabetizado; aposentado; vigilante. Sua família é composta por 2 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-5: Sexo masculino; 88 anos. É casado; católico; alfabetizado; aposentado; agricultor. Sua família é composta por 3 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-6: Sexo feminino; 73 anos. É casada; católica; estudou até o ensino fundamental; não é aposentada. Sua família é composta por 2 membros, sendo o esposo provedor do lar com renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-7: Sexo feminino; 71 anos. É casada; evangélica; estudou até o ensino fundamental; é aposentada; costureira. Sua família é composta por 4 membros, sendo sua renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-8: Sexo feminino; 67 anos. É casada; evangélica; estudou até o ensino fundamental; não é aposentada. Sua família é composta por 5 membros, sendo o esposo provedor do lar com renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-9: Sexo feminino; 65 anos. É viúva; evangélica; alfabetizada; é aposentada. Sua família é composta por 5 membros, sendo sua renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-10: Sexo feminino; 80 anos. É solteira; evangélica; alfabetizada; é aposentada. Sua família é composta por 3 membros, sendo sua renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-11: Sexo feminino; 79 anos. É divorciada; evangélica; não alfabetizada; é aposentada. Sua família é composta por 5 membros, sendo sua renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-12: Sexo masculino; 70 anos. É casado; evangélico; estudou até o ensino fundamental; aposentado; servente. Sua família é composta por 6 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo). Tem 2 netos que residem em sua casa.

E-13: Sexo feminino; 67 anos. É viúva; católica; estudou até o ensino fundamental; é aposentada. Sua família é composta por 8 membros, sendo sua renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-14: Sexo feminino; 75 anos. É divorciada; católica; estudou até o ensino fundamental; é aposentada. Sua família é composta por 4 membros, sendo sua renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

E-15: Sexo masculino; 65 anos. É divorciado; católico; alfabetizado; aposentado. Sua família é composta por 5 membros, sendo a renda média mensal de R\$622,00 (um salário mínimo).

Para uma melhor visualização destas, foram elaboradas as tabelas 1 e 2, as quais reúnem relevantes dados socioeconômicos e sobre as condições de saúde dos 15 idosos entrevistados.

TABELA 01. Dados Socioeconômicos de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional. Salvador/BA, 2013.

DADOS SOCIOECONÔMICOS DE IDOSOS COM COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL		
	N	%
Sexo		
Mulher	11	73,4
Homem	4	26,6
Estado Civil		
Casado (a)	6	40,0
Divorciado (a)	6	40,0
Solteiro (a)	1	6,6
Viúvo (a)	2	13,3
Nível de Escolaridade		
Ensino Médio	1	6,6
Ensino Fundamental Incompleto	8	53,3
Alfabetizado	5	33,3
Não Alfabetizado	1	6,6
Renda		
Sem Salário Mínimo	2	13,4
1 Salário Mínimo	13	86,6
Religião		
Católico (a)	9	60,0
Evangélico (a)	6	40,0
Total	15	100,0

Fonte: Pesquisa “Dinâmica Familiar de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional”. Salvador/BA, 2013.

Os idosos participantes do estudo possuem idade de 65 a 88 anos. A média de idade foi de 73,2 anos, com maior predomínio de mulheres (73,4%; n=11). Observa-se que a distribuição entre o sexo está de acordo com a realidade nacional, visto que o Brasil é um país envelhecido, onde a mulher figura em maior número na faixa etária acima de 60 anos (IBGE, 2011). A predominância da população feminina entre os idosos é resultado da maior mortalidade masculina. Em 1980, a esperança de vida feminina foi de 65 anos, 6,4 mais alta

do que a masculina. Em 2000, este diferencial aumentou para 8,7 anos, dada a mais acentuada redução da mortalidade feminina (CAMARANO, 2003).

A tendência das mulheres sobreviverem aos homens, exibindo uma mortalidade menor, ocorre em todo o mundo, mas isso não significa que desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem. Há evidência de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de doença e de declínio funcional do que os homens, o que está associado a diversos fatores (PARAHYBA, 2006).

Outro dado importante deste estudo é a situação conjugal. Dos 15 idosos entrevistados, 40,0% (n=6) são casados e 60,0 (n=9) não convivem com as (os) companheiras (os), sendo viúvos, separados ou divorciados. Estudo realizado por Oliveira *et al* (2012), no município de João Pessoa (PB), com uma amostra de 240 idosos diverge de tal dado quando aponta que a maioria dos participantes eram casados (52,9%). Ser casado pode contribuir para minimizar os sentimentos de solidão que permeiam a fase da vida em que o idoso passa por uma série de mudanças fisiológicas, mentais e sociais.

Ainda contradizendo aos achados desta pesquisa em relação ao estado civil, outros estudos afirmam ser mais frequente na terceira idade, os idosos viúvos do que os casados (BERQUÓ, 1996; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; BARRETO *et al*, 2003; RAMOS, 2003).

Quanto à religião, verifica-se a partir dos dados da tabela mencionada que 60,0% (n=9) dos idosos são católicos e 40,0% (n=6) são evangélicos. A predominância de idosos católicos guarda relação com o fato de o Brasil ser considerado o país com maior número de católicos (64,6%), e da Bahia registrar cerca de 65% da população nessa religião (IBGE, 2010).

Chamam atenção os dados do Censo do IBGE (2010), com respeito às religiões brasileiras, verifica-se uma situação de declínio na declaração da crença católica. Os dados apresentados indicam que a proporção de católicos caiu de 73,8% registrados no censo de 2000 para 64,6% nesse último Censo, ou seja, uma queda considerável. Trata-se de uma queda que vem ocorrendo de forma mais impressionante desde o censo de 1980, quando então a declaração ser católica registrava o índice de 89,2%. Daí em diante, a sangria só aumentou: 83,3% em 1991, 73,8 % em 2000 e 64,6% em 2010 (IBGE, 2010).

O censo 2010 ainda aponta um dado que já era previsível, a continuidade do crescimento evangélico no Brasil, o que justifica o considerável percentual de idosos

evangélicos. Foi o segmento que mais cresceu segundo os dados agora apresentados: de 15,4%, registrado no censo de 2000 para 22,2%, em 2010. O aumento é bem significativo, em torno de 16 milhões de pessoas. Um olhar sobre os três últimos censos possibilita ver claramente essa irradiação crescente: 6,6% em 1989, 9,0% em 1991, 15,4% em 2000 e 22,2% em 2010.

Em relação à escolaridade dos idosos, os dados apontam que apenas um idoso concluiu o ensino médio. Mais da metade (53,3%; n=8) tem o ensino fundamental incompleto, 33,3% (n=5) consideram-se alfabetizados e um deles não fora alfabetizado. Sinaliza-se, pois, para a pouca escolaridade dos participantes do estudo. A baixa escolaridade encontrada está de acordo com uma série de estudos de base populacional (BERQUÓ, 1996; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; BARRETO *et al*, 2003; RAMOS, 2003). Em consonância uma pesquisa realizada no interior do Nordeste também revelou a baixa escolaridade dos idosos (TORRES *et al*, 2008).

Diante do exposto, observa-se a necessidade de políticas públicas do Ministério da Educação e Cultura (MEC) voltadas para a inclusão dos idosos no sistema educacional de ensino, principalmente para aqueles que deixaram de estudar ou não foram devidamente alfabetizados. Com essa finalidade, programas como da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Programa Brasil Alfabetizado (PBA) foram criados e implementados por tal ministério (BRASIL, 2013).

Segundo Maciel e Guerra (2007), o grande número de pessoas com baixa escolaridade em nosso país ratifica a ideia de uma rede de serviços sociais ineficiente durante a vida. Tal ineficiência pode ser observada ainda em outros aspectos, tais como: saúde, cultura, habitação e renda.

No aspecto renda média mensal, observa-se que a maioria dos idosos (86,6%; n=12) possui uma renda de um salário mínimo, considerando o salário vigente à época da pesquisa de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais). A baixa renda dos idosos é corroborada em estudo realizado por Torres *et al* (2008), no qual se verificou renda de até meio salário mínimo para 50% dos idosos com 80 anos ou mais e 35% dos idosos na faixa entre 60 a 69 anos.

Estudos realizados por Lebrão e Laurenti (2005) revelaram que a maioria dos idosos recebia em média 2,1 salários mínimos e eram os provedores da família, dividindo-o para atender as despesas da sua casa, tais como: alimentação, moradia, transporte, entre outros. Tais achados refletem a triste realidade dos idosos no Brasil, que são em sua maioria aposentados e sustentam, com um ou dois salários mínimos, a casa, filhos e netos, além de

custearem despesas referentes às medicações necessárias ao controle das suas doenças crônicas não transmissíveis.

Tal situação ratifica a necessidade da elaboração de políticas públicas de saúde, bem como da sua efetiva implantação e implementação, para dirimir as desigualdades socioculturais que se apresentam no grupo, com a finalidade de viabilizar e facilitar os benefícios oferecidos aos idosos (OLIVEIRA, 2012).

No que tange aos problemas de saúde dos idosos, as patologias mais frequentes foram, em ordem de incidência: Hipertensão Arterial Sistêmica, Artrite/Artrose/Osteoporose/Artrite reumatoide, Diabetes Mellitus, Lombalgia e Cardiopatia (TABELA 02).

TABELA 02. Condições de Saúde de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional. Salvador/BA, 2013.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL.		
	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	12	80,0
Artrite/Artrose/Osteoporose/Artrite reumatoide	6	40,0
Diabetes Mellitus	5	33,3
Lombalgia	3	20,0
Cardiopatia	1	6,6

Fonte: Pesquisa “Dinâmica Familiar de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional”. Salvador/BA, 2013.

Os dados deste estudo apontam que a maioria dos idosos entrevistados relatou ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (80%; n=12). Este achado chama-nos a atenção, pois a hipertensão arterial, doença mais relatada pelos idosos estudados, é considerada uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade prematura.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) figura entre as doenças mais frequentes em nosso meio, e estudos populacionais revelam prevalência de 22,3% a 43,9% no Brasil. Sua avaliação se torna relevante em virtude das complicações que dela podem advir, como doença cerebrovascular e coronariana, além de ser responsável por custos médico hospitalares e prejuízo socioeconômico substanciais à sociedade (SBC, 2010).

Com relação à Artrite/Artrose/Osteoporose/Artrite reumatoide, 40% (n=6) dos idosos informaram ser portadores. É importante considerar que a idade avançada é um importante fator de risco para a ocorrência de patologias osteomusculares, uma vez que com o processo de envelhecimento biológico ocorre comprometimento das estruturas do aparelho locomotor sendo afetados os ossos, músculos, tendões e articulações de todas as regiões do corpo (CASAGRANDE, 2006). Tal fato justifica a elevada frequência de idosos portadores de doenças osteomusculares.

O Diabetes Mellitus, por sua vez, também guarda relação com a mudança demográfica, aumentando ainda mais sua incidência a partir dos 65 anos, dados estes corroborados pelo presente estudo, que encontrou número significativo de idosos portadores da doença (33,3; n=5). A estimativa da doença no mundo é de ultrapassar os 2,8% existentes em 2000, para 4,4% em 2030. Estima-se que em 2030 o número de pessoas com diabetes mellitus acima de 64 anos de idade será superior a 82 milhões em países em desenvolvimento e superior a 48 milhões em países desenvolvidos (WILD *et al*, 2004).

Referente à Lombalgia, 20% (n=3) dos entrevistados afirmaram serem portadores da doença. Tais achados concordam com Moraes (2003) quando ele aborda que a doença tem maior prevalência em países industrializados (60% a 80%), com maior frequência (13% a 49%) em indivíduos com mais de 65 anos de idade. Estudo realizado por Andrade, Pereira e Souza (2007) mostra que indivíduos com mais de 60 anos se queixam duas vezes mais de dor lombar que indivíduos com menos de 60 anos de idade. No caso dos idosos, geralmente o surgimento da Lombalgia está associado a causas degenerativas (SOUZA *et al*, 2008). Tal fato está relacionado ao decréscimo nas condições físicas dos indivíduos de faixa etária mais elevada.

A cardiopatia, muito comum na população idosa, teve prevalência de 6,6% (n=1) neste estudo. Tal achado parece ter pouca significância, mas o mesmo reflete um das complicações sérias causadas pela HAS, que no estudo foi revelada com maior prevalência entre os idosos (80%; n=12). É importante salientar que a incidência de doenças cardiovasculares em adultos dobra aproximadamente a cada decênio de vida (PERREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008). Apesar de aumentar com a idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada.

Vale ressaltar que o avançar da idade propicia a ocorrência das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento humano, e o aumento da expectativa de vida faz com que, ao viver mais, os indivíduos tenham aumentada a possibilidade de desenvolver doenças crônico-degenerativas. Em 2003, segundo as informações da PNAD, 29,9% da população brasileira

reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica⁵. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% do grupo (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Diante de tais dados, podemos inferir que embora um número elevado de idosos seja portador de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por elas, e muitos levam uma vida perfeitamente normal. Para tanto, faz-se necessário que estes busquem os serviços de saúde para realizar um acompanhamento e controle de suas enfermidades. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma abordagem de prevenção e controle integrado, em todas as idades, baseada na redução dos seguintes fatores: hipertensão arterial sistêmica (HAS), fumo, álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade, hipercolesterolemia (OMS, 2002).

4.2 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Esse tema permite descrever as atividades realizadas pelos idosos no seu dia-a-dia, as quais foram relacionadas ao cuidado da casa, ao social e ao lazer, sendo apresentadas através das seguintes categorias:

4.2.1 Cuidado com a Casa

Com relação às tarefas diárias do cuidado com a casa, percebe-se que há uma dicotomia entre as atividades realizadas por homens e mulheres, sendo que a história oral dos idosos entrevistados denota que o trabalho no espaço doméstico é destinado às mulheres.

Na escola, as crianças são “educadas” para reconhecer os papéis e atributos próprios para homens e mulheres. Nos materiais didáticos, usados na educação de crianças, encontramos figuras de mulheres e homens: nelas se percebe que as mulheres aparecem, na maioria das vezes, ajudando a mãe nas tarefas domésticas ou brincando dentro de casa e mesmo quando as brincadeiras acontecem fora do lar, as meninas estão exercendo papéis, geralmente, subalternos aos dos homens. No entanto, quando se trata do sexo masculino, as

⁵Doença que acompanha a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. Foram investigadas pela PNAD, as seguintes: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo; câncer; diabetes (ou hiperglicemia); bronquite ou asma; hipertensão (pressão alta); doença do coração; doença renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose.

figuras contidas nos livros educativos mostram meninos brincando fora do espaço doméstico ou - quando no lar - consertando aparelhos danificados da casa (ALAMBERT, 1990).

Considerando a desigualdade de gênero, com que foi construída socialmente a identidade masculina e feminina, o estudo mostra que as atividades desempenhadas pelos homens vinculam-se ao espaço externo da casa e a tarefas que requerem força física.

O que eu faço é arrumar algumas besteiras, varrer quintal, lavar quintal e vou limpar aí, a frente, pra não deixar os matos tomarem conta. É somente o que eu faço. (E-5: Homem)

Dentro de casa, não faço nada não. (E-12: Homem)

Durante toda a nossa vida, representamos papéis que a sociedade espera ver cumpridos. Estes papéis de gênero, ancorados em estereótipos sexistas, acabam por contribuir para representar o que é feminino e o que é masculino, haja vista estas categorias serem socialmente construídas (GOMES, 2009). A este respeito, Gregori (1993) e D'Oliveira (1999) referem que o homem, como chefe de família, seja o provedor do lar, o viril, o corajoso, o trabalhador, o competente, mas também aquele que não pode demonstrar suas fraquezas, dúvidas e emoção, características que se aprendeu a reconhecer como pertencendo à identidade masculina. As mulheres, por sua vez, devem se ajustar à passividade, subordinação, sensibilidade, obediência. Nesse contexto, cabe às mulheres o papel de dona-de-casa, mãe e esposa, conforme ilustram as falas a seguir:

Minha obrigação dentro de casa, como toda dona de casa e esposa, é de manhã, mesmo que eu saia, deixar o café pronto para meu esposo. Até a água de lavar o rosto, eu já deixo, porque ele não vai acordar e molhar o rosto com água fria. (E-6: Mulher)

Sempre zelo dele como esposa, nunca deixei desprezado. Se estiver doente, eu tomo conta. Até dormir no chão dos hospitais eu já dormir com ele, é o dever da esposa. E a comida eu nunca deixo ele passar sem, as vezes atrasa, mas eu sempre faço. (E-2: Mulher)

Cuido da limpeza da casa. Se tiver uma roupa para lavar, eu lavo. Faço o almoço para quando o filho chegar, já está pronto. (E-13: Mulher)

Percebe-se, pois, que entre as entrevistadas deste estudo ainda persiste a visão social da mulher enquanto aquela com papel de cuidadora do lar e da família, que deve zelar pelo

marido, filhos e netos. A este respeito, Ramires (1997) acrescenta que as garotas são educadas para serem boas donas-de-casa, boas mães e boas esposas, ao passo que os garotos são educados para construir sua independência e serem bem-sucedidos na esfera pública.

No entanto, é importante sinalizar que exercer o papel de cuidadora, nos dias atuais, tem refletido em uma grande sobrecarga para as mulheres. Ferreira *et al* (2009) apontam que a mulher tem exercido uma diversidade de papéis culturais, seja como cuidadora e mantenedora do lar, como empresária, administradora e provedora de serviços. Contudo, essa diversidade de papéis, resultado do processo emancipatório da mulher, tem ocasionado uma grande sobrecarga em sua vida. Essa sobrecarga vem refletindo diretamente em sua qualidade de vida e saúde.

Diante desse contexto, o processo saúde-doença das mulheres é marcado por situações de sofrimento, caracterizadas pelo estresse constante, independente do papel que ela ocupa socialmente, pois qualquer que seja o papel desempenhado pela mulher fora do lar, quando ela retorna a casa, ela volta a assumir o papel de cuidadora (FERREIRA *et al*, 2009).

O fato de serem idosas agrava a situação, uma vez que mesmo com as limitações próprias do envelhecimento, as mulheres continuam por exercer o papel de cuidadora do lar, assumindo ainda o cuidado dos netos.

Limpo a casa. Depois vou pegar minha neta na escola. Aí ela bagunça tudo e eu tenho que arrumar a casa de novo. (E-13: Mulher)

Eu moro sozinha, mas meu filho almoça comigo e eu tomo conta dos netos de tarde. Tem a neta pequena e o neto que é deficiente. (E-1: Mulher)

Em estudo realizado com 36 idosos, no ano de 2012, evidenciou-se que a maioria dos entrevistados vivia em famílias trigeracionais, ou seja, o idoso reside com filhos e netos. O mesmo estudo apontou que em 13,6% das residências entrevistadas, o idoso é o chefe da família, responsável por prover necessidades básicas de seus familiares. Nas famílias em que o idoso não é chefe, 38,5% deles prestam serviço auxiliando no cuidado de crianças (BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012). Outro estudo envolvendo 65 idosos, realizado no município de Natal – RN, mostrou que a maioria dos idosos recebe entre um e três salários mínimos, sendo que em 42% dos casos esses valores são revertidos para ajudar no sustendo de filhos e netos (FERREIRA, 2010).

Na pesquisa realizada por Neugarten e Weinstein (1964), as autoras detectaram cinco estilos que podem ser adotados pelas avós, entre os quais destacamos o denominado ‘pais substitutos’, que se refere àquelas avós que cuidam parcial ou permanentemente dos netos.

Um dado relevante é o fato de que as avós têm, cada vez mais, se ocupado dos cuidados integrais de seus netos. Nos EUA, segundo Bartram, Kirkpatrick e Prebis (1996), aproximadamente 3,4 milhões de crianças vivem com seus avós. Isso constitui um aumento de 46% em relação à década de 1980.

Oliveira (1993) estudou a situação na qual as avós cuidavam de seus netos em virtude de os pais não poderem fazê-lo. Os participantes foram quatro avós, um avô e 11 netos. Seu foco de interesse foi a relação educativa que pode florescer entre avós e netos no âmbito do cotidiano prático e simbólico por eles vivido e compartilhado. Entre outras questões, o autor considerou que a decisão de cuidar dos netos, em geral, é bem acolhida pelas avós. “Olhar os netos” confere aos idosos um significado para as suas próprias vidas. As avós educam e, ao mesmo tempo, são reeducados pelas crianças. Estas os forçam a reviver situações, lembranças, conhecimentos, e os conduzem a novas situações, programas e hábitos. Eles se renovam como sujeitos nesse convívio (DIAS; COSTA; RANGEL, 2005).

Atalla (1996), por sua vez, estudou cinco avós maternas que cuidaram dos netos durante algum tempo, enquanto seus pais trabalhavam. A autora concluiu que a decisão de cuidar do neto já está presente durante a gestação, em face da angústia dos pais em saber quem cuidaria do bebê. Enquanto algumas avós se sentiram pressionadas a tomarem tal decisão e o fizeram com relutância, por dever, outras esperavam por isso e a aceitaram com prazer. Os sentimentos experimentados por elas foram ambivalentes: cansaço e medo de perder sua privacidade se misturaram aos de realização, renovação, orgulho e satisfação por terem contribuído com seus filhos e netos. Para essas avós, o cuidar dos netos seria prova de saúde, amor, trabalho e sentimento de utilidade.

O estudo mostrou ainda que, no seu cotidiano, muitos idosos são cuidadores de outros idosos, conforme ilustram as falas:

Arrumo a casa, apronto o almoço e cuido da minha mãe. (E-10: Mulher)

Nem estou saindo mais porque ele (marido) já está nessa idade também e não pode ficar sozinho. (E-6: Mulher)

A expectativa de vida do brasileiro segue os padrões mundiais e vem aumentando gradativamente. No ano de 2010, o brasileiro atingiu uma expectativa de vida de 73 anos. Isso se deve, em grande parte, aos avanços da medicina, com a manutenção de doenças crônicas não transmissíveis, facilidade de acesso a serviços de saúde e a melhor qualidade de vida, com conquista de saneamento básico, educação e lazer (IBGE, 2010).

Esse alargamento na pirâmide etária faz com que, muitas vezes, os filhos, que são os principais cuidadores das pessoas idosas, também estejam com suas idades avançadas e necessitando de cuidados. Pesquisa realizada no ano de 2011 contou com a participação de 40 cuidadores de idosos, vinculados a um Programa de Assistência Domiciliar do município de São Paulo e destes cuidadores, 19 eram aposentados, e 50% eram filhos da pessoa idosa a quem prestavam cuidados (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Estudo realizado por Salgueiro e Lopes (2010) revelou que dos cuidadores principais femininos, são três os graus de parentesco com o idoso que se evidenciam: as filhas (45.3%), as esposas (37.5%) e as noras (10.9%). Chama atenção que, com relação a faixa etária, assumem maior expressividade as pessoas mais velhas como principais cuidadores de idosos. Compreende-se, assim, que a responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente tem sido desempenhada por outros idosos, que apesar das suas limitações se dedicam a atender às necessidades de suas mães, pais e companheiros (as).

É importante refletirmos que, com o avançar dos anos, as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento interferem na capacidade motora e cognitiva, levando o idoso a uma velhice com limitações para a realização das atividades:

Estou com 88 anos e não vou aguentar mais cuidar da casa. (E-5: Homem)

Eu não aguento mais fazer nada dentro de casa, por causa do problema que tenho nas mãos. (E-7: Mulher)

Estudo qualitativo, realizado com 10 idosos, revelou que para alguns, as alterações físicas e fisiológicas geradas pelo envelhecimento prejudicam suas atividades de vida cotidiana e de seus familiares. Relacionam o fato de não deambular ou ter acuidade visual diminuída com o estado de incapacidade. Outro idoso relata que no passado era uma pessoa ativa, capaz de se movimentar sozinha. Atualmente, devido a perda visual decorrente do diabetes só sai de casa com acompanhante. O estudo revelou ainda situações onde os familiares dos idosos não permitem que estes participem de atividades domésticas,

justificando-se por acreditar que assim estará protegendo e cuidando de sua saúde. Porém, os idosos referem desconforto com a falta de ocupação e relatam que gostariam de participar mais ativamente do cotidiano da família (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Todas as mudanças no corpo denunciam que a pessoa idosa não é mais a mesma: postura encurvada; cabelos brancos; menos cabelo; rugas na pele; caminhar lento; diminuição da visão, da audição, olfato e paladar; dificuldade para abaixar-se e levantar-se: enxugar os pés, passar o sabonete nas contagens; as doenças que vão aparecendo... É o corpo envelhecido que continua a envelhecer. Franco (2007) comenta que muitos creem que a velhice é sinal de perda da memória, de deterioramento do raciocínio, do desequilíbrio das emoções. Para a autora, com o suceder dos anos, a maquinaria orgânica experimenta desgaste e, certamente, diminui a capacidade de produção e eficiência de resultados.

Além das alterações fisiológicas, as morbidades comprometem a capacidade funcional dos idosos, que já não conseguem desenvolver determinadas atividades. E, quando surgem associadas às doenças crônico-degenerativas são responsáveis pela dependência física e perda da autonomia destes.

Eu tenho problemas no coração, nos nervos, aí tem dia que eu varro a casa de cadeira. (E-11: Mulher)

Eu não aguento mais fazer nada dentro de casa, por causa do problema que tenho nas mãos. Meu esposo me ajuda. (E-7: Mulher)

Estudo realizado por Campolina, Dini e Ciconelli (2011), que teve por objetivo avaliar o impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos, observou que 45,3% dos idosos entrevistados possuíam ao menos uma morbidade, e 18,3 % sofriam de três ou mais morbidades. O aumento do número dessas morbidades influencia de forma significativa a qualidade de vida do ser idoso, principalmente sua capacidade funcional, que é o principal domínio que sofre influência direta da longevidade.

O surgimento de uma nova doença implica na possibilidade do surgimento de mais sintomas e mais limitações, o que vai trazer dificuldades para a pessoa idosa (MORAES; SANTOS, 2012). A doença também traz a noção de fraqueza ante o grupo social em que o indivíduo está inserido. A doença alerta para a finitude da vida e a provisoriedade da autonomia do sujeito, pois ao adoecer, o indivíduo encontra-se diante de uma ruptura com a vida em sua plenitude e isso lhe remete à consciência de sua mortalidade (FABER, 2012).

Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o

cuidado de si, o idoso perde sua independência e autonomia, comprometendo sua qualidade de vida e conseqüentemente levando-o a incapacidade funcional (GASPAR; OLIVEIRA; DUAYER, 2007).

4.2.2 Atividades Sociais e de Lazer

A história dos idosos desvela que estes realizam atividades de lazer, que lhes dão prazer e lhes fazem se sentirem úteis. As falas a seguir permitem visualizar a que os idosos desenvolvem atividades de cunho social e/ou de lazer:

De manhã, eu saio para dar uma volta na casa do meu irmão e volto. Todo dia eu faço isso. (E-4: Homem)

Eu sempre, meu costume e minha obrigação é na igreja. É quinta, sexta e domingo, que são os dias mais preferido para ir na igreja. (E-6: Mulher)

Na minha idade, 75 anos, com a mente vazia [...] então se a gente ocupa fazendo um crochê, o tempo passa. Cuido dos deveres de casa e depois sento e vou fazer meus bordados, meus crochês. (E-14: Mulher)

O que eu gosto mesmo é de visitar um doente, ajudar alguém que está precisando. Eu já cuidei de muita gente em casa: de pegar para dar banho, fazer uma barba, essas coisas assim. (E-5: Homem)

Uma das estratégias consideradas importantes para um envelhecimento com qualidade de vida é uma postura pró-ativa, de forma que o idoso deva escolher seus próprios objetivos e lutar para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação às mudanças e ativamente envolvidos na manutenção do seu bem-estar. Além disso, os idosos precisam ser incentivados à realização de atividades de lazer, bem como a manter uma vida social ativa (NERI, 2006). Segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2003), as pesquisas sobre as condições que levam a uma boa qualidade de vida na velhice estão permitindo melhorias em práticas cotidianas, com impactos sociais positivos.

O envelhecimento ativo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2005) tem como princípio permitir que os indivíduos percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental no desempenho de suas atividades cotidianas. Este potencial é alcançado também com intervenções que criam ambientes de apoio e promovam opções saudáveis em todos os estágios da vida.

Pesquisa realizada por Ferreira *et al* (2010) demonstrou que os discursos dos idosos sobre o envelhecimento ativo são permeados por conteúdos positivos. No entanto, quando não está associado à palavra ativo, o envelhecimento ainda é representado como perdas e incapacidades.

A vivência da prática religiosa também se configura como oportunidade de socialização, aos quais os afetos surgem e tem significado na vida dos idosos. As falas a seguir retratam isso:

Eu oro a Deus todos os dias. Tem uma oração que oro todo dia quando vou dormir: Meu Jesus, está entregue em suas mãos a minha vida. E ele sempre protege. (E-1: Mulher)

O grupo da terceira idade, lá da igreja, levantou minha vida. Lá a gente se diverte, se anima, viaja. (E-15: Homem)

Os recursos utilizados pelos idosos para lidar com as perdas ou proximidade da morte são a religiosidade e espiritualidade. O envelhecimento aproxima o ser da religiosidade e o grupo religioso, muitas vezes, se apresenta como alternativa de ocupação do tempo livre e socialização. A psicologia vê a religião como um recurso de enfrentamento muito utilizado pelas pessoas idosas, principalmente para poder conviver harmoniosamente com as perdas e com situações estressantes, a fim de aceitar e compreender as dificuldades da vida. Há evidências de que a espiritualidade, assim como as práticas religiosas contribuem para o bem estar na velhice (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2002).

A religião e religiosidade desempenham papel importante no meio social, pois atuam tanto em nível cognitivo quanto afetivo, oferecendo suporte emocional, espiritual e social, promovendo o bem estar na velhice. A religiosidade tem promovido o bem estar dos idosos através do conforto espiritual, do caráter de apoio social ou até mesmo pelas regras estabelecidas por elas (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

De acordo com Dias, Duarte e Lebrão (2010), o hábito de frequentar igreja proporciona benfeitoria para o estado de saúde dos idosos, sobretudo, no que diz respeito à melhora de quadros depressivos. A religião oferece para o idoso, apoio emocional, força para enfrentar os problemas sociais, psicológicos e físicos, buscando no sagrado o bem estar e felicidade (MORAES; WITER, 2007). Nas últimas décadas da vida, quando o organismo começa a dar mostras de cansaço pelo desgaste natural de sua constituição física, são os preceitos espirituais da fé, os pensamentos otimistas e ações altruístas que se traduzem em paz (VALENTE, 2000).

Estudo realizado com 1.667 idosos, em diferentes décadas, mostrou que o suporte social de pessoas amigas protege o idoso de perdas funcionais e afirma que relações afetivas e sociais colaboram para um envelhecimento ativo. Demonstra ainda que atividades de lazer como assistir televisão e desenvolver atividades manuais possuem efeito protetor semelhante a atividades laborais. Essas atividades somadas a atividades que envolvam aprendizagem protegem o indivíduo idoso de perdas funcionais, devido a seus estímulos cognitivos. Para proteger o idoso de perdas funcionais se faz importante o controle de doenças crônicas, associado ao estímulo de atividades cognitivas, incentivo a interação social e valoração de atividades de trabalho e lazer (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Contudo, as limitações por conta da idade e doenças comprometem a independência dos idosos. A dependência gera limitação no seu direito de ir e vir, ficando o seu espaço físico restrito ao cenário da casa, comprometendo suas atividades sociais e de lazer.

Não saio de casa, não me levam a igreja, nem para passear. Passo o dia nesta porta da rua, na garagem. (E-12: Homem)

Antes, eu dava curso. Agora fico dentro de casa e vendo algumas coisas para passar meu tempo. Porque a gente na minha idade, 75 anos, com a mente vazia [...] então se a gente ocupa fazendo um crochê o tempo passa. (E-14: Mulher)

Eu já sair muito para vender avon, mas nem estou saindo mais por causa da saúde. [...] aí eu diminui muito a andada (E-6: Mulher)

À medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas tornam-se menos ativas. As suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade (depressão, sentimento de velhice), existe ainda uma maior diminuição da atividade física que, conseqüentemente, facilita o aparecimento de doenças crônicas, as quais contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento (MATSUDO *et al*, 2000).

Para além da incapacidade física, outro aspecto mais focado na literatura sobre o envelhecimento refere-se à perda de capacidades cognitivas dos idosos (PAUL, 1997). O perfil do declínio intelectual clássico foi considerado por Wechesler (1958), com a distinção das funções verbais que permaneciam no idoso e o padrão das capacidades *no-hold* correspondente às funções de desempenho, com o declínio associado à idade. A maioria das pessoas com 65 anos ou mais tem pelo menos uma doença crônica do foro médico (SPAR; RUE, 2005), e muitas delas têm vários problemas simultâneos. Cada estado de doença física pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida do indivíduo.

4.3 DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS AOS FAMILIARES APÓS COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Seja pelas alterações fisiológicas, próprias do envelhecimento, ou patológicas, por conta das comorbidades, os idosos entendem que a dependência de terceiros, em especial dos familiares, leva a mudança na relação familiar e os fazem sentir-se um incômodo. Alguns idosos expressam tristeza e revolta pela falta de atenção dos filhos nessa fase da vida. Tais considerações são melhores explanadas a partir das seguintes categorias:

4.3.1 Sentindo-se um Incômodo para a Família

Diante da dependência, e, por conseguinte da impossibilidade ou dificuldade de assumir seu auto-cuidado e sua vida, o idoso se sente um incômodo para os familiares. Segue falas ilustrativas:

Sinto-me triste, incomodando, inválido por dar trabalho a minha família. (E-7: Mulher).

Eu me sinto bem cuidada e querida por minha família, mas me sinto também incomodado por dá trabalho e acho que eles se preocupam demais comigo. Não podem viajar para não me deixar só, porque eu não aguento mais viajar muito. Eu sei que minha nora e meus netos ficam com raiva de mim, mas eles não falam nada comigo não. Tenho medo de piorar e dá mais trabalho ainda. (E-2: Mulher).

O envelhecimento com dependência é uma situação complexa, onde em um primeiro momento ocorre um desequilíbrio no ambiente familiar, exigindo de seus membros novas interações e o aprendizado de novas atitudes, ações e relações para fazer frente ao meio social e à expectativa de que a vida do idoso seja preservada (SALGUEIRO; LOPES, 2010). Assim, diante a condição de dependência do idoso, as relações familiares devem ser revisadas.

No entanto, os idosos, muitas vezes, se sentem incomodando os familiares e culpados pelos reajustes de rotina realizados a fim de atender suas novas demandas. Estudo realizado por Perlini, Leite e Furini (2007) observou que muitas vezes a opção por residir em uma instituição de longa permanência parte do próprio idoso, se dá pelo desejo da pessoa em procurar um local no qual encontre atenção, conforto e, especialmente, atendimento às suas necessidades básicas. Nesse contexto, a situação econômica é um ponto preponderante para a

decisão de morar em um residencial para idosos, além da possibilidade de não mais atrapalhar a vida dos familiares.

Desse modo, os idosos buscam alternativas de não mais dá trabalho aos familiares, como por exemplo, residir em asilo, conforme expressa a fala:

Queria mesmo ir morar em um abrigo de velhos. (E-7: Mulher).

O atendimento ao idoso deve ser, preferencialmente, na modalidade não asilar, porém naquelas situações em que os idosos não possuem condições que garantam sua própria sobrevivência é responsabilidade do Estado manter instituições asilares para abrigar estas pessoas. Além disso, a Política Nacional do Idoso norteia ações que visam ao desenvolvimento dos idosos, garantindo autonomia e independência no atendimento de suas necessidades específicas - auto-suficiência, saúde, moradia e segurança - conforme preconiza a Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Em determinadas situações ou períodos, a capacidade da família para o cuidado pode estar comprometida ou fragilizada e, nestas condições, o idoso pode constituir-se de autonomia para decidir o melhor lugar para sua moradia. Vale ressaltar que até tomar uma decisão, o idoso avalia todas as consequências da sua atitude, pois ele tem ciência de que ao tomar essa decisão, estará indo de encontro à vontade de seus entes queridos e aos preceitos sociais e legais, que julgam ser responsabilidade da família o cuidado ao idoso. A institucionalização, então, é uma das soluções encontradas para o problema.

4.3.2 Sentindo-se Abandonado pela Família

A história oral dos idosos nos permite compreender que estes se sentem abandonados pelos filhos, os quais não estão presentes no momento em que mais precisam de ajuda.

Minha família é bem distante. De ano em ano, que um filho vem me visitar. (E-15: Homem).

É triste! Nós criamos o filho para quando chegar à idade, se ver sozinho. Eu sei que eu fui uma boa mãe: eu deixei de comer para dar de comer aos meus filhos. Não tenho aquele reconhecimento, que eu mereço, que eu acho que teria pelo sacrifício que eu fiz para criar eles. Era para ser mais amável para mim. Me ajudar, chegar junto. Os filhos casaram, se mudaram e não têm aquela obrigação comigo. Não liga nem para saber se eu comi hoje, se eu estou viva. É muita dor para uma mãe viver assim, largada. (E-3: Mulher).

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade de uma maneira geral, da família em particular, interferindo na maneira de compreender o seu processo de envelhecimento/ velhice e/ou o dos seus familiares (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007). E, o distanciamento dos familiares no dia-a-dia dos idosos traz sérias repercussões no seu modo de conceber a velhice.

Em nosso contexto, a família geralmente constitui a principal rede de apoio social, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana (MAZZA; LEFREVE, 2005). O suporte familiar pode ser definido como o recurso primário de socialização por meio do qual os padrões de comportamento, hábitos de linguagem, valores, crenças e costumes são transmitidos e as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas podem ser supridas. Um suporte familiar adequado resulta em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertencimento, cuidado e estima. Trata-se de um processo recíproco entre os membros da família, que gera efeitos tanto para quem recebe, como também para quem oferece o apoio (ALVES *et al*, 2008).

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo (CALDAS, 2003). Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento e bem estar (VILELA, 2006).

A este respeito, o Estatuto do Idoso afirma em seu artigo 3º que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao

esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Assim, o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório (TRELHA *et al.*, 2006).

4.3.3 Percebendo Mudança na Relação Familiar

O estudo sinaliza para a opinião dos idosos de que a relação familiar se transforma após o comprometimento de sua capacidade funcional, deixando claro que após a dependência aos familiares, estes não mais o tratam bem.

Antigamente, quando eu podia fazer as coisas, eles me respeitavam, mas hoje em dia falta amor, consideração, respeito. Tem que ter mais amor e respeitar o outro. Ter mais consideração. (E-9: Mulher)

A nossa relação hoje é ruim, me tratam muito mal. Toda vida foi sempre boa. Mas agora que preciso deles, está assim. (E-11: Mulher)

Segundo Boff (1999), a atitude e característica principal do ser humano, e a maneira mais concreta de ser, é o cuidado que se tem com seu semelhante. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, define, perde o sentido e morre. Se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo o que compreender, acaba por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta.

A opinião do idoso frente às mudanças que ocorreram nas relações familiares, após seu comprometimento funcional, evidencia o despreparo das famílias para lidar com indivíduo que envelhece. Nessa circunstância, é necessário que os familiares estejam preparados para lidar com o indivíduo idoso dependente, compreendendo as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, de modo a atendê-lo em suas especificidades. Do contrário, pode ocorrer uma adaptação negativa da família para com esse membro idoso dependente, podendo inclusive expressar-se em atos violentos, conforme refletem as seguintes falas:

Minha filha me maltratava muito por eu não estar mais ouvindo direito. Hoje eu prefiro não falar mais sobre isso porque me traz muitas lembranças ruins. É muito sofrimento. (E-14: Mulher)

Quanto mais velho, ficamos mais fracos e nos tornamos incapazes. Parece que viramos criança de novo e dependemos de cuidados dos outros. Por isso sofremos. Isto é culpa da velhice. (E-3: Mulher)

Enquanto em algumas sociedades humanas, a experiência e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida são importantes para as pessoas que se encontram na terceira idade, em outras sociedades elas são preteridas aos maus tratos, expulsas da comunidade e brutalmente mortas (BEAVOUIR, 1970). No caso dos idosos entrevistados, suas velhices vêm sendo permeadas de atos desrespeitosos e de maus tratos por parte dos familiares, sobretudo filhos e netos.

Alvarez (2001), ao realizar sua pesquisa com famílias cuidadoras de parentes idosos doentes e fragilizados em contexto domiciliar, identificou que a situação de dependência significa para o idoso estar em uma condição de inferioridade, a qual é permeada de sentimentos e valores que se sobrepõem como o desejo de ser acolhido pela família e o constrangimento por sentir que causa diversos transtornos para os familiares, sobretudo para o cuidador.

Em estudo realizado por Espíndola e Blay (2007) a respeito da percepção dos idosos sobre maus-tratos familiares, os sentimentos mais frequentes foram: desprezo ou falta de atenção, dificuldade de convivência com familiares e sentimento de abandono ou esquecimento. Achados semelhantes foram encontrados em pesquisa com idosos vítimas de maus-tratos que revelou serem estas pessoas solitárias e isoladas, e assim passíveis a apresentar depressão e uma baixa estima reforçada por sentimento de culpa e vergonha (LACHS, PILLEMER, 2004; DONG; BECK; SIMON, 2010; ARAUJO; LOBO FILHO, 2010).

4.4 VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Os idosos entrevistados declaram vivência de violência intrafamiliar, cuja descrição encontra-se organizada através das seguintes categorias:

4.4.1 Expressão da Violência

A negligência, a exploração financeira, os maus-tratos psicológicos, o abuso físico e sexual constituem expressões da violência praticada contra o idoso (SOUSA, 2010; MINAYO, 2005).

A categoria em questão aponta que os idosos se dão conta de que a dependência ao outro os expõem a situações de violência, expressas neste estudo pela negligência, violência psicológica, exploração financeira e violência física. Estas expressões serão apresentadas a partir das subcategorias a seguir:

4.4.1.1 Negligência

Considera-se negligência a recusa ou omissão de cuidados para com o idoso, praticada por familiares, instituições ou ainda por parte do governo (PASINATO *et al*, 2005). Considerando tal conceito, podemos dizer que os idosos, colaboradores deste estudo, são negligenciados pelos seus familiares:

Nem ao médico me leva. Sou uma prisioneira: vivo dentro desta casa. A única coisa que ainda tenho direito é assistir televisão. (E-13: Mulher).

[...] quando deixa o idoso com fome preso dentro de casa. Tem hora que falo com Deus para me levar logo e acabar com esse sofrimento (E-3: Mulher).

A maioria dos abusos cometidos contra os idosos ocorre no interior das famílias e embora os abusos físicos sejam mais evidenciados, a negligência doméstica é a forma mais comum (JAYAWARDENA, 2006). Estudo retrospectivo realizado na cidade de Fortaleza com o objetivo de analisar os dados de violência e maus-tratos contra os idosos, por meio de documentos oficiais, revelou que dos 424 documentos analisados, quanto aos casos de violências, 161 (38%) foi negligência, seguido por apropriação indébita de aposentadoria, 114 (27%) e agressão verbal, 79 (19%). Quanto ao agressor, os filhos são os principais citados (49%), seguidos de parentes, com 21% e de órgão públicos com 20% (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Em muitos asilos e clínicas, até mesmo nos públicos, existem denúncias de que as pessoas são mal tratadas, despersonalizadas, destituídas de qualquer poder ou vontade.

Observa-se em alguns casos, a falta de alimentação adequada, higiene e cuidados médicos. Em um estudo exploratório que analisou a presença, frequência e tipos de maus-tratos sofridos por idosos, realizado entre os anos de 2002 a 2005, através de denúncias telefônicas, observou-se que quando se fala em negligência, o número de denúncias é pouco expressivo, representando apenas 13% do total de denúncias no ano de 2002. Destes, a grande maioria se referia a negligência sofrida dentro de instituições voltadas para o cuidado a pessoa idosa (PASINATO *et al*, 2005), o que sinaliza para o mascaramento das negligências no espaço doméstico.

Os maus-tratos que muitas vezes resultam em fraturas, lesões, ou até mesmo óbitos, também podem estar relacionados à negligência no cuidado. Pesquisas apontam para a negligência na prestação de cuidado ao idoso, revelando que um terço dos idosos que vivem em casas e a metade daqueles que residem em instituições de longa permanência (ILPI) sofrem ao menos uma queda anual (GAWRRYSZEWSKI; JORGE, 2004).

Vale salientar que contamos com o Estatuto do Idoso, que em seu Artigo 4º prevê expressamente: “Nenhum idoso será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos.” E o mais importante, o mesmo artigo determina que é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso (BRASIL, 2003). Portanto, precisamos denunciar a violência, e precisamos denunciar quando há indícios, a sociedade não deve esperar ter certeza de que algo errado acontece, a investigação cabe à autoridade policial e o quanto antes denunciarmos, mais rápido pode ser a solução do problema.

A este respeito, a responsabilização dos profissionais de saúde para com a qualidade de vida dos idosos está regulamentada no Estatuto do Idoso em seu artigo 19, que refere sobre a obrigatoriedade de comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos em idosos à autoridade policial, ao Ministério Público ou ao Conselho do Idoso. Sobre as penalidades, o artigo 57 esclarece que o profissional da área de saúde pode ser multado por não denunciar a situação de violência identificada, sendo a multa calculada pelo juiz considerando o dano sofrido pelo idoso e o valor dobrado no caso de reincidência (BRASIL, 2003).

Ante posto, percebe-se que o envelhecimento da população amplia a magnitude da violência contra os idosos e torna premente a necessidade de adequação dos serviços públicos para a atenção à saúde desse grupo populacional, de modo a agregar dignidade e qualidade de vida aos anos a mais vividos (SOUZA, 2008).

O Estatuto do Idoso ainda sinalizava, no artigo 46, a necessidade de uma política de atendimento aos idosos que integre serviços especiais de prevenção e atendimento as vítimas de abuso e, no artigo 18, o dever das instituições de saúde de capacitar seus profissionais, orientar os cuidadores familiares e promover a criação de grupos de auto-ajuda a fim de atender as necessidades do idoso (BRASIL, 2003).

4.4.1.2 Violência psicológica

Entende-se por maus-tratos psicológicos, as condutas que podem causar danos psíquicos, agressões verbais ou demonstrativas, com o intuito de humilhar, isolar ou restringir a liberdade do idoso (DAY, 2003).

As palavras que ela (filha) fala dói mais que pancada. É pior! Quando bate, passa. Já a palavra, ofende. Fica o tempo todo na cabeça da gente. (E-9: Mulher)

Um dia meu neto me chamou de desgraça. Isso porque eu pedi para ele desligar o computador porque eu queria assistir o jornal. (E-12: Homem)

Tem momentos que eles (filhos) dizem coisas que é pior que uma agressão, sabia? Palavras que ofendem. A gente fica magoada. Não deixar de não se ofender (E-3: Mulher)

Os maus-tratos psicológicos também podem ser definidos como uma maneira subjetiva de maltratar o idoso (DAY, 2003). Outra pesquisa realizada com idosos residentes nas áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família no Rio de Janeiro revelou que entre os idosos pesquisados 43% relataram pelo menos um episódio de violência psicológica no último ano (APRATTO JÚNIOR, 2010). Pesquisa realizada no acervo em um serviço de denúncia de violência contra idoso trouxe que a violência psicológica foi a mais frequente com 35,2%, sendo que as vítimas preferenciais foram mulheres (70,2%) e os filhos os principais agressores (NOGUEIRA, FREITAS, ALMEIDA, 2011).

Um estudo realizado no Brasil por Melo *et al* (2006) verificou que em uma amostra de 315 idosos, 66 referiram sofrer de maus-tratos. Desses, 65,2% eram mulheres. O tipo de violência mais comum foi à psicológica (62,1%), seguida da física (31,8%), ambas cometidas pelos próprios familiares e em domicílio. Importante ressaltar que o comportamento abusivo

contra o idoso pode ser exercido não só pelos membros da família, mas também pelos atendentes ou pelos próprios profissionais da saúde (LACHS; PILLEMER, 2004).

Diante da alta magnitude do problema e das consequências nefastas da violência, sobretudo a psicológica, à saúde do idoso, vários autores têm enfatizado a necessidade de encarar o problema como uma grave situação de saúde, que necessita de ações de enfrentamento imediato nesse grupo populacional.

4.4.1.3 Exploração financeira

Conforme Vieira *et al* (2008), a exploração financeira consiste no uso impróprio e sem consentimento de recursos financeiros do idoso. O estudo sinaliza que os idosos têm receio de sofrerem esse tipo de violência:

Tenho medo de piorar e ele me colocar num asilo para poder ficar com minha casa. (E-10: Mulher).

Do jeito que as coisas estão, tenho medo de meus netos me colocarem na rua para ficar com minha casa. (E-12: Homem)

Cerca de 60% das queixas realizadas na Delegacia Especializada na proteção ao Idoso de São Paulo fazem referência a disputas dos familiares pela posse dos seus bens ou por dificuldade da família de arcarem com a sua manutenção. Observam-se abusos na tentativa de forçarem os idosos a emitirem procurações que lhe deem acesso ao patrimônio do idoso. Vale salientar que as queixas de abuso financeiro estão relacionadas à prática de outras formas de violência, como psicológica e física, podendo causar lesões e até levar à morte. Para expressar esta forma de violência, um estudo qualitativo realizado no ano de 2008, entrevistou 13 idosos asilados e, um dos idosos referiu ter sofrido agressão financeira na família, disse que os familiares pouco o procuravam e, quando o faziam estavam interessados em sua aposentadoria (VIEIRA *et al*, 2008).

4.4.1.4 Violência física

O abuso físico consiste em qualquer ato de agressão física, empurrões, tapas, espancamento, contenções restritivas, administração medicamentosa de forma inadequada, com o intuito de ferir o idoso, causar-lhe dor ou até morte (MELO *et al*, 2006). Embora

nenhum dos idosos tenha declarado vivência de abuso físico, um deles relatou ter presenciando uma idosa ser espancada pelo neto:

Aqui tinha uma idosa que sofria violência, de apanhar todo dia. Mas agora o neto está preso. (E-11: Mulher)

Pesquisa realizada no Estado de Pernambuco apontou que dos idosos que referiram sofrer algum tipo de violência, 31,8% afirmaram ser vítimas de abuso físico, sendo 17 mulheres e 04 homens (MELO *et al*, 2006). O estudo de Souza, Freitas e Queiroz (2007) encontrou uma frequência de 16% de violência física sofrida pelos idosos.

A prevalência de violência física em idosos encontrada no estudo de Apratto Júnior (2010) foi de 9,6%. O aumento da violência foi maior nos idosos que apresentam uma das patologias que caracterizam o idoso como tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo) e entre os que moram com maior número de indivíduos.

Duas pesquisas foram realizadas junto as delegacia de Proteção ao Idoso: no estado de São Paulo pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM, 2000) e em Minas Gerais feita (COSTA; CHAVES, 2003). Ambas tinham o objetivo de analisar a questão dos maus-tratos nas capitais em estudo. No primeiro caso, foram analisados os boletins de ocorrência das delegacias do Idoso referentes ao período de 1991 a 1998. A pesquisa do IBCCRIM apontou os maus-tratos psicológicos como os mais frequentemente reportados, seguidos pela violência física. Das 1559 vítimas identificadas no estudo para São Paulo, 57% eram mulheres. Em Belo Horizonte, das 1388 vítimas, 72% eram mulheres.

Já num estudo realizado em Niterói – RJ, a prevalência de diversos tipos de violência contra idosos no domicílio praticada por pessoas de confiança variou entre 43,2% (violência psicológica) a 6,1% (violência física grave) (APRATTO JÚNIOR, 2010). Tais estimativas são bastante semelhantes às encontradas em alguns estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá, que estimam uma prevalência de maus-tratos físicos em 10% para toda a população idosa (COSTA; CHAVES, 2003).

Embora não tenha sido mencionada, vale referir sobre a violência sexual. Poucos são os estudos que apontam este abuso, por ser este um tipo de violência de difícil identificação. O abuso sexual está diretamente relacionado ao ato sexual que visa à excitação e prática sexual por meio de ameaças, aliciamento ou com o uso da força física. Em estudo realizado

em 2008, um idoso institucionalizado refere ter sido vítima de violência sexual. Daí sua subnotificação, dificultando estudos sobre o tema e ações preventivas (VIEIRA *et al*, 2008).

A violência deve ser considerada um problema de saúde pública, pois, provoca alterações na relação saúde-doença, causando problemas físicos e psicológicos. Em 2005 no Brasil, 93 mil idosos foram internados através do Sistema Único de Saúde (SUS) e destas internações, 27% foram decorrentes de agressões maus-tratos (SOUSA, 2010). A violência contra o idoso ocorre em diversas situações e nas mais variadas formas, porém, no Brasil, estes dados não são precisos, devido aos inúmeros casos subdiagnosticados e subnotificados (FALEIROS, 2007).

Embora os dados ainda sejam pouco fidedignos, pesquisa realizada no ano de 2007 observou que 12% da população de idosos no Brasil já sofreram maus-tratos e destes, 54 % foram praticados pelos filhos ou netos da vítima. Mostrou ainda que idosas acometidas por doenças crônicas, com história de violência e alcoolismo na família, têm mais chances de sofrer violência doméstica, sendo esta geralmente praticada por filhos ou netos (FALEIROS, 2007). Concordando, pesquisa sobre a ocorrência de maus tratos na terceira idade mostrou que, na sua maioria, as vítimas são mulheres acima de 75 anos, viúvas e que residem junto aos seus familiares (MACHADO; QUEIROZ, 2006). No nosso estudo, a maioria dos entrevistados são mulheres.

A violência contra a pessoa idosa deve ser entendida como todo o ato de omissão ou acometimento, seja ele intencional ou involuntária, capazes de gerar lesão, dor, prejuízo na qualidade de vida do ser idoso e violação dos direitos humanos (OMS, 2002). Os maus-tratos contra o idoso representam uma grave violação de seus direitos como cidadãos, demonstrando assim, o retrocesso da evolução social quanto às afirmações dos direitos humanos. A violência doméstica é a que mais contraria os princípios desses direitos, que resguardam e protegem a pessoa idosa, prevista no ordenamento jurídico internacional e brasileiro.

Buscando combater os maus-tratos contra os idosos, sugere-se: denúncia dos casos de violência; formação de um banco de dados articulado e integrado; fortalecimento da rede de proteção social; capacitação dos profissionais; campanhas educativas sobre envelhecimento; orientação junto às famílias, além da penalização legal dos responsáveis pela violência (NOGUEIRA, FREITAS, ALMEIDA, 2011).

De acordo com o Estatuto do Idoso, o envelhecimento é um direito pessoal e sua proteção um direito social, cabendo ao Estado garantir a proteção à vida e à saúde do idoso, sendo dever do mesmo e da sociedade zelar pela dignidade da pessoa idosa, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, aterrorizante, violento, vexatório ou constrangedor.

Caberá punição, na forma da lei, ao que cometer negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, por ação ou omissão ao idoso (BRASIL, 2003).

As diversas formas de violência contra o idoso são percebidas nos serviços de saúde. Estudo com profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a violência familiar contra o idoso revelou a presença de manifestações de violência intrafamiliar como: não cuidar, isolar, privá-lo do convívio familiar, asilar, usufruir de seus recursos financeiros, tirar a autonomia, bem como os maus tratos e a negligência (WANDERBROOCKEI; MORÉ, 2012).

Chamamos atenção para os profissionais de saúde que se deparam cotidianamente com os diferentes tipos de violência contra o idoso, fazendo-se necessário um constante processo de sensibilização da equipe de saúde por meio da educação continuada, que se caracteriza por oferecer espaço para o diálogo e discussão da temática, a fim de capacitá-los para melhor atender a demanda apresentada pelos idosos (WANDERBROOCKEI; MORÉ, 2012). No entanto, é necessária uma melhor preparação dos profissionais que lidam diretamente com os idosos a fim de favorecer a identificação de maus-tratos nas instituições de saúde, nos domicílios e nas ruas contribuindo para uma maior fidedignidade aos dados epidemiológicos, essenciais para o estabelecimento de condutas eficazes através de políticas públicas (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

É dever dos profissionais de saúde atentarem-se para os grupos de risco e utilização da linguagem não verbal, expressada pela vítima, com o intuito de prevenir situações conflituosas ou detectar a violência de forma precoce, intervindo na relação e tomando condutas protetoras apropriadas (MINAYO, 2004).

Capítulo 5

Não lamente por envelhecer,
É um privilégio negado a muitos.

ANÔNIMO

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fizeram parte da construção do modelo teórico do estudo, 15 idosos, 11 mulheres e quatro homens, com média de idade de 73,2 anos. Houve maior distribuição de idosos do sexo feminino, casados, alfabetizados, católicos e aposentados com renda média de um salário mínimo. Em relação ao estado de saúde todos os idosos relataram apresentar problemas de saúde, sendo as patologias mais frequentes a Hipertensão arterial sistêmica/HAS, Artrite/Artrose/Osteoporose/Artrite reumatoide, Diabetes Mellitus, Lombalgia e Cardiopatia.

O estudo mostra que o comprometimento funcional interfere na realização das atividades da vida diária dos idosos, dificultando ou impossibilitando-os de cuidar da casa e de manter uma vida social ativa. Tornou-se evidente ainda, que há uma dicotomia entre as atividades realizadas por homens e mulheres. Considerando a desigualdade de gênero, com que foi construída socialmente a identidade masculina e feminina, este revela que as atividades desempenhadas pelos homens vinculam-se ao espaço externo da casa e a tarefas que requerem força física, enquanto as mulheres continuam por exercer o papel de cuidadora do lar, assumindo ainda o cuidado dos netos e de outros familiares idosos.

A história dos idosos desvelou que mesmo com as limitações fisiológicas próprias do envelhecimento, eles realizam atividades que lhes dão prazer e lhes fazem sentir úteis, como participar de grupos de terceira idade, visitar familiares, fazer crochê. Foi possível considerar, a partir das falas dos idosos, a vivência da prática religiosa se configurando como oportunidade de socialização, aos quais os afetos surgem e tem significado na vida dos idosos.

Contudo, as limitações por conta da idade e doenças comprometem a independência dos idosos, gerando limitação no seu direito de ir e vir, ficando o seu espaço físico restrito ao cenário da casa, comprometendo suas atividades de cuidado doméstico, sociais e de lazer. Neste contexto, os idosos passam a depender da ajuda de seus familiares, o que para si representa um incômodo à família e desencadeia transformações na forma com que cada ente se relaciona com ele. Alguns idosos expressaram tristeza e revolta pela falta de atenção dos filhos nessa fase da vida. Vale salientar ainda, o sentimento de abandono revelado nos depoimentos, visto que os idosos consideram não serem cuidados no momento da velhice, quando precisam de mais atenção e respeito.

Os resultados da pesquisa mostram, na percepção dos idosos, que a relação familiar se transforma após o comprometimento de sua capacidade funcional, deixando claro que após tornarem-se dependentes de cuidados e de assistência dos familiares, estes não mais os tratam bem. Logo, os idosos se dão conta de que depender de outros os expõem a situações de

violência, expressas neste estudo pela negligência, violência psicológica, apropriação indevida de bens e agressão física.

A violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar é um problema que se agrava e se estende, gradativamente, nos dias atuais. Conhecer o fenômeno da violência contra os idosos por meio da forma como essa se expressa no espaço doméstico, é uma relevante contribuição técnico-científica e social. Esse conhecimento orienta e contribui para a construção de medidas de vigilância à saúde, sobretudo no sentido de favorecer o reconhecimento desse agravo pelos profissionais de saúde e a partir daí traçar medidas de prevenção, proteção e intervenção que garantam aos idosos uma vida livre de violência.

O estudo alerta ainda para a realidade do estresse do cuidador, expresso pelo esgotamento físico e emocional que predispõem os idosos a situações de violência. Alerta-se, pois para a necessidade de sensibilizar a família sobre a importância da colaboração de todos no processo de cuidado do idoso, a fim de não sobrecarregar uma só pessoa e prevenir situações de violência por estresse. Essa conduta profissional deve ser entendida pelos profissionais da saúde como prática preventiva de novos casos de violência contra idosos, bem como de promoção à saúde física e mental.

Ao refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde no processo de identificação do comprometimento da capacidade funcional e a convivência com a dependência para o idoso e sua família, percebemos a importância do acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família. A visita domiciliar que demonstra ser um instrumento de assistência à saúde do idoso muito importante, a qual permite realizar ações em saúde, prevenindo complicações da dependência, deve ocorrer com frequência sendo realizada pelo Enfermeiro e não apenas pelo agente de saúde.

Nota-se a importância dos profissionais de saúde no processo de reconhecimento da violência contra os idosos. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros e técnicos de enfermagem, encontram-se em posição privilegiada para identificar os casos de violência doméstica contra o idoso, seja na Estratégia de Saúde da Família ou na Rede Hospitalar, pois estes profissionais possuem contato direto com os usuários do sistema de saúde, e, conseqüentemente, maior vínculo de confiança.

Destaca-se a importância da atuação da enfermagem no processo de identificação de idosos em situação ou vulneráveis a violência, justamente pela integração do profissional enfermeiro na equipe de referência na Estratégia Saúde da Família, bem como por ocupar os cargos de gestão no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Referências

Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.

CHARLES SAINT-BEUVE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)*, 2003. Acess em: 11 de Nov. de 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R.; MENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 no.5 Rio de Janeiro May. 2011.

APRATTO JÚNIOR, P.C., MORAES, C.L. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6):2983-2995, 2010.

ALVES, G. A. S. [et al.] Evidências de validade entre a escala de depressão (EDEP) e o inventário de percepção de suporte familiar (IPSF). “*Revista Psico USF*”. Itatiba. ISSN 1413-8271. Vol.13, nº2 (Julho-Dezembro), p.211-220; 2008.

ANDRADE FA. PEREIRA LV, SOUZA FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 14(2):271-6.

ARAÚJO, L. F., LOBO FILHO, J. G. (2010). Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 153-160.

ARAÚJO, I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev. esc. enferm. USP* vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011.

ATALLA, M. M. A. *Netos, o olhar das avós: vivências de avós que cuidam de seus netos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP – Instituto de Psicologia, 1996.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70. Título original: L’analyse de contenu. 2011.

BARRETO KML, CARVALHO EMF, FALCÃO IV, LESSA FJD, LEITE VMM. Perfil sócio epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3:339-54.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1970.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. 5. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, p. 712, 2003.

BELL, J. *Projeto de Pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais*. Tradução Magda França Lopes. – 4 ed – Porto Alegre: Artmed: 2008.

BERGMAN, H.; FERRUCI, L.; GURALNIK, J.; HOGAN, D. B.; HUMMEL, S.; KARUNANANTHAN, S. et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. *J Gerontol.* 62(7):731-7; 2007.

BERQUÓ E. *Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil*. In: Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final do Século". Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social; 1996; p. 13-5.

BERTUZZI, D; PASKULIN, L G M; MORAIS, E P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto contexto - enferm.*[online]. 2012, vol.21, n.1, pp. 158-66.

BIASOLI-ALVES, Z; DIAS DA SILVA, M.H.G.F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paideia*. Ribeirão Preto, v.1, n.2, 1992.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 6ºed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOFF L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 12a ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

BRASIL. *Lei n. 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 [legislação na Internet]. Brasília; 1994. [citado 2005 jul. 17]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_idoso_8842.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196/96*, de 10 de out. 1996. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. *Lei 10.741* - Estatuto do Idoso, de 1º de Outubro de 2003 / Ministério da Saúde. 2 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2528/GM*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde; 2006c.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

BREDA, J. C. *Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em uma amostra de idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Publica*. 19(3):773-81; 2003.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud. av.* vol.17 no.49 São Paulo Sept./Dec. 2003.

CAMARANO, A A; PASINATO, M T. *O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas*. Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A. *Envelhecimento da população brasileira: uma construção demográfica*. In: FREITAS, Elizabete Viana de; [et al.]. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, et al. *Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero?* In: NERI, A.L., organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas (SP): Alínea. p. 127-49, 2007.

CAMPOLINA AG; DINI OS, CICONELLI RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.6, pp. 2919-25.

CARDOSO, M C S; FERREIRA, M C. Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. *Psicologia ciência e profissão*, v. 29 . n. 2, p. 380-93, 2009.

CASAGRANDE, M. *Atividade Física Na Terceira Idade*. [Monografia]. Baurú, 2006.

CATTANI, R.B., GIRADON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enferm*. [online] 2004; [acesso em 2011 ago 01]; 06(2). Disponível em: www.fen.ufg.br/Revista/revista6.

CERVENY, M.O.; BERTHOUD, C.M.E. *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CERVO, A. L. *Metodologia Científica*. 6 ed. – São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.

COSTA, P.L.; CHAVES, P.G.S.. *A vivência afetiva e a violência doméstica contra os idosos*. Belo Horizonte, janeiro de 2003 (mimeo).

DAY, Vivian. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria*. v. 25 n. 1 p. 9-21 Rio Grande do Sul, 2003.

DAICHMAN, L.; AGUAS, S.; SPENCER, C. Elder Abuse. In *Mental and Neurological Public Health* (pp. 310-315). *Elsevier*, 2008.

DIAS, I. Envelhecimento e violência contra os idosos. *Revista da Faculdade de letras: Sociologia*, v.15, n.24, p: 9-273, 2005.

DIAS, E G; DUARTE, Y A O; LEBRÃO, M L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.34, n. 2, p.258-67, 2010.

DIAS, C.M.S.B., COSTA, J.M., RANGEL, V.A. *Avós que criam seus netos: circunstâncias e consequências*. In: *Família e casal: efeitos da contemporaneidade /organização: Terezinha Feres-Carneiro*. – Rio de Janeiro : Ed. PUC-Rio, 2005.

D`OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência, gênero e saúde*. (adaptação do capítulo VI da dissertação de mestrado *Gênero, violência e trabalho em saúde: uma contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher*). In: *Curso de capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência*, 1999.

D'ORSI E, XAVIER AJ, RAMOS LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 685-692. ISSN 0034-8910.

DUARTE, L.T. *Envelhecimento: processo biopsicossocial*. Trabalho Monográfico para o Curso Virtual "Educación para el Envejecimiento". 2001. Disponível em: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/brasil.htm>. Obtido em: 10/01/2008.

DYER, C.; PAVLIK, V.; MURPHY, K.; HYMAN, D. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *American Geriatrics Society*, v.48, n.2, p: 205-208, 2000.

FALEIROS, V.P. *Violência contra a pessoa idosa - ocorrências, vítimas e agressores*. Brasília: Ed. Universa, 2007.

FERREIRA, C.L.; ROCHA, E.A.; MAIA, M.C. RESILIÊNCIA EM IDOSOS: Considerações Sobre A Produção Científica Na Área Do Envelhecimento. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 129-136, 2010.

FERREIRA CG; ALEXANDRE TS, LEMOS ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saude soc.* 2011, vol.20, n.2, pp. 398-409.

FERREIRA-ALVES, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus tratos. *Psicologia Forense*, 1-43.

FERREIRA FILHA MO, DIAS MD, ANDRADE FB, LIMA EAR, RIBEIRO FF, SILVA MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(4):964-70. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>.

FLECK, M. P. A., CHACHAMOVICH, E., TRENTINI, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.

FULMER, T.; PAVEZA, G.; ABRAHAM, I.; & FAIRCHILD, S. Elder neglect assesment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, v.26, n.5, p. 436-443, 2000.

GAWRRYSZEWSKI, Vilma. P. et al. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 50 n.1 p. 97-103. São Paulo, 2004.

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idoso na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 360-8. 2008.

GOLDSTEIN, L L.; SOMMERHALDER, C. *Religiosidade e significado existencial na vida adulta e velhice*. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 950-6.

GOMES, N.P. *Trilhando Caminhos Para O Enfrentamento Da Violência Conjugal*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009, 179p.

GONÇALVES, R.L. *Famílias de idosos da quarta idade: Dinâmicas familiares*. [Dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2010.

GONÇALVES AM, SENA RR. Biblioteca Médica. [online]. *A pedagogia do cuidado de enfermagem*. [citado em 01 set 2007]. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br>.

HERÉDIA VBM, CORTELLETTI IA, CASARA MB. *Institucionalização do idoso: identidade e realidade*. In: Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM, organizadores. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Edipucrs/Educs; 2004. p. 20-36.

HERÉDIA, V.B.M., CASARA, M.B., CORTELLETTI, I.A. Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (1), 2007. P. 53-9.

IBCCRIM. *O Idoso em Risco*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2000, mimeo.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sinopse dos resultados do Censo 2010* [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acessado 2011 dez 02]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>.

JAYAWARDENA, M. K. Elder Abuse at End of Life. *Journal of Palliative Medicine*. 9: 127-136. 2006.

KALACHE A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Colet*; 13(4):1107-1111; 2008.

LACHS, M., PILLEMER, K. Elder abuse. *Lancet*, 364, 1263-1272, 2004.

LAGE, M. I. G. S. *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 424p.; 2007.

LEBRÃO ML, LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev. Bras. de Epidemiol.* 2005; 8(2):127-141.

LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Rev Esc Enferm USP*, 35(3):235-41, 2001.

LIMA-COSTA, M.F. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD 1998,2003). *Ciênc Saúde Coletiva*. Novembro;11:941-50. 2006.

LIMA-COSTA MF, BARRETO S, GIATTI L. *A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil?* Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:813-24.

LITVOC J, BRITO FC, organizadores. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004.

LOPES, L.M.P. Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. "Revista Portuguesa de Saúde Pública". Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol.25, nº 1 (Janeiro-Junho), p.39-46; 2007.

MACEDO, C.; et al. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 33(3):177-84; 2008.

MACHADO, Laura.; QUEIROZ, Zally. V. *Negligência e Maus-Tratos*. In: FREITAS, Elizabete. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2006. p. 1152-1159.

MACIEL ÁCC, GUERRA RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev. Bras. de Epidemiol.* 2007; 10(2):178-189.

MALTA, D. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; SILVA, C. S.; ANDREAZZI, M. A. R.; CRESPO, C. et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.15 supl.2, out. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia científica*. São Paulo : Editora Atlas, 4ª Ed. 2006.

MARTINS, C.F., THOFEHREN, M.B, AMESTOY, S.C., ASSUNÇÃO, N.A., MEINCKE, S.M.K. Saúde da Família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. *Ciênc Cuid e Saúde*. 7 Supl 1:132-37; 2008.

MATSUDO, S. M., KEIHAN, V., MATSUDO, R., & BARROS NETO, T. L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (4), 21-32.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*.15(1): 1-10. 2005.

MEIHY, J.C.S.B. *Manual de História Oral*. São Paulo: Edições Loyola, 2.ed.p.45, 1998.

MELO, Victor. L.; CUNHA, Juliana. O. C.; NETO, Gilliat. H. F. Maus –tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v. 6 n. 1 p. 543-548, 2006.

MINAYO, M.C.S. *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad Saude Publica*. 20(3):646-647. 2004.

MINAYO, Maria. C. *Violência contra o idoso: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/livros/18.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2012.

MINAYO, M. C. S. *Introdução à metodologia das ciências sociais*. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição, São Paulo, Hucitec, 2010.

MORAES, M A A. *Avaliação da eficácia de um programa de reabilitação como modificador nos indicadores de dor e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica inespecífica*. 2003. 139p. Tese (Doutorado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: FEF/Unicamp.

MORAES, T; SANTOS, M. *Cuidados Paliativos*. In: NUNES, Maria Inês; FERRETTI, Renata Eloah de Lucena; SANTOS, Mariza. *Enfermagem em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 201-10.

MORAES, N A S; WITTER, G P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de psicologia*, v. LVII, n. 127, p. 215-38, 2007.

MOTA, M.S.P.; FERREIRA, C.M.; JANEIRO, D.I.; QUIROZ, I.R.; QUEIROZ, M.S.R. Diagnóstico de uma população da terceira idade. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 255-264, 2010.

NERI, A. L. (2006). *Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na idade madura* (pp. 9-56). Campinas, SP: Papyrus.

NEUGARTEN, B.; WEINSTEIN, K. The changing american grandparents. *Journal of Marriage and Family*, maio 1964, p. 199-204.

NOGUEIRA, C F; FREITAS, M C; ALMEIDA, P C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2011, vol.14, n.3 [cited 2013-01-21], pp. 543-554 .

NUSBAUM, N.; CHEUNG, V.; COHEN, J.; KECA, M.; MAILEY, B. Role of the first responders in detecting and evaluating elders at risk. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.43, p.361-367, 2006.

OLIVEIRA, R.M.P. et al. *A saúde mental do idoso*. In: FIGUEREDO, Nébia Maria Almeida; TONINI, Teresa (organizadores). *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento*. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2012. p. 209-28.

OLIVEIRA LPBA, MENEZES RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto contexto - enferm.* 2011, vol.20, n.2, pp. 301-9.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *The world health report 2002: reducing risks, promoting health life*. acesso em 2005 nov 14. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/media_centre/en/index.html.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF); 2005.

PARAHYBA, M. I.; Simões, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PASINATO, M T.; CAMARANO, A A.; MACHADO, L. *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório dos serviços de denúncia*. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu- MG, 2005.

PASINATO, M.; et al. *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.

PAUL, C. *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina, 1997.

PAVARINI, S.C.I.; BARHAZ, E.J.; MEDIONDO, M.S.Z.; FILIZOLA, C.L.A.; FILHO, J.F.P.; SANTOS, A.A. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. *Rev Latino-am Enfermagem*. maio-junho; 17(3), 2009.

PEREIRA, JC; BARRETO, SMB; PASSOS, VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq. Bras. Cardiol.* vol.91 no.1 São Paulo July 2008.

PEREZ-ROJO, G.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; PENHALE, B. Risk factors of elder abuse in a community dwelling spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.49, p.17-21, 2009.

PERLINI NMOG, LEITE MT, FURINI AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):229-36. www.ee.usp.br/reecusp/

POSSEBON MHM. *Perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao adulto portador de enfermidade crônica*. In: Budó MLD, Beck CLC, Mostardeiro SCTS, organizadores. *Interfaces do cuidado, da educação e do trabalho na enfermagem*. Santa Maria (RS): FACOS-UFSM; 2005. p. 22.

RAMOS, J.C.L. *Ritual do cuidar de idosos com demência de Alzheimer: história oral de vida de cuidadores familiares* [dissertação]. Salvador, 2010.

RAMOS LR. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso*, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-7.

REIS, L. A.; TORRES, G. V. *Ambiente familiar e capacidade funcional de idosos residentes em domicílio no município de Jequié/BA – Natal 2010*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. 2010.

REIS, L.A.; MASCARENHAS, C.H.M.; TORRES, G.V. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin*, v. 78, n. 1, p. 89-92, 2008.

RIBEIRA, S.; et al. Maus-tratos a idosos e o papel do médico de família. *Geriatrics*, v.5, n.25, p. 57-63, 2009.

RIBEIRINHO, C. *Projeto de Vida: A vida continua a ter sentido*. Disponível em: <http://www.solidariedade.pt/sartigo/index.php?x=1313>. Obtido em: 22/03/2008.

ROCHA FCV, CARVALHO CMRG, FIGUEIREDO MLF, CALDAS CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):186-91.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) mar; 31(1):26-32. 2010.

SANCHES, A.P.R.A., LEBRÃO, M.L., DUARTE, Y.A.O. Violência contra idosos: uma nova questão? *Saúde Soc.* 27(3):90-100; 2008.

SANMARTIN, A.; TORNER, J.; MARTI, N.; IZQUIERDO, P.; SOLE, M.; REQUESENS, N. (2001). *Violência doméstica: prevalência de suspeita de maltrato a ancianos*. *Atención Primaria*, v.27, n.5, p. 331-334, 2001.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95 (Supl.1):1-51. [citado 12 fev 2010]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

SHEPARD, M.P, MAHON, M.M. Vulnerable families: research finding and methodological challenges. *J Fam Nurs*. October-December; 8(4):309-14, 2002.

SOUSA LB. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:107-12.

SOUSA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 13, n 2. p. 321-328. 2010.

SOUZA ES. *Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos*. Rio de Janeiro: Claves; 2008. (mimeo.)

SOUZA, E. R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro um direito a ser conquistado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, 2008.

SOUZA, JAV; FREITAS, MC; QUEIROZ, TA. Violência contra os idosos: análise documental. *Rev. bras. enferm.*[online]. 2007, vol.60, n.3 [cited 2013-01-21], pp. 268-272

SOUZA, A.C. A violência contra os idosos. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., organizadores. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 183-195; 2009.

SOUZA, S.S.; MENEZES, M.R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 12(1):87-102, 2009.

SOUZA CB, ABREU RNDC, BRIT EM, MOREIRA TMM, SILVA LMS, VASCONCELOS SMM. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:41-5.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6):2659-2668, 2010.

SPAR, J. E., LA RUE, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: CLIMEPSI.

STRAUSS A, CORBIN J. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2 ed., Porto Alegre: Artmed; 2008.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; SILVA, J. P. A.; SAMPAIO, L. S.; REIS, L. A. Perfil Epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Revista Enfermagem Atual*. 46:19-23. 2008.

TRELHA, C. S.; REVALDAVES, E. J.; YASSEF, S. M.; DELLARROZA, M. S. G.; CABRERA, M. A. S.; YAMADA, K. N.; DOMICIANO, S. C. P. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Revista Espaço para a Saúde*. 8(1): 20-7. 2006.

VIEIRA, Luiza. J. E. S et al. *A interface da violência com a institucionalização do idoso*. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. v.11 n. 4 p. 389-397. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

VILELA, A. B. A; MEIRA, E. C.; SOUZA, A. S.; CARDOSO, I. S.; SILVA, E. L.; TAKASE, L. H. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié/BA. *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 9(1):55-69. 2006.

ZUNZUNEGUI, M.V., NUNEZ, O., DURBAN, M., GARCIA DE YÉBONES, M.J., OTERO, A. (2006). Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6 year follow-up study in Spain. *Age Clin Exp Res*, 18,349-51.

WALDOW RV. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 2001.

WALDOW RV. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

WANDERBROOCKE, ACNS; MORE, CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012 .

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. IDENTIFICAÇÃO

Data da Coleta: _____ Horário: _____ N°: _____

Nome: _____ Nascimento: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Renda: _____ Renda Familiar: _____

Situação do Imóvel: _____ Proprietário do imóvel: _____

N° de filhos: _____ Provedor da casa: _____

N° de Residentes: _____ N° de Dependentes: _____ Cuidador: _____

II. DADOS REFERENTES À CONDIÇÃO DE SAÚDE

Tem algum problema de saúde? () Sim () Não

Quais? _____

Atualmente utiliza alguma medicação? () Sim () Não

Nome: _____ dose _____

Nome: _____ dose _____

Usa medicação sem prescrição? () Sim () Não

Motivo: _____

Frequência: _____ Quais? _____

Ingere bebida alcoólica () Sim () Não

Qual? _____ Frequência: _____

Fuma? () Sim () Não. Qual cigarro? _____

Sente-se bem com a vida que leva? () Sim () Não

Faz caminhada? () Sim () Não. Com quem? _____

O que gostaria de mudar/ Como gostaria que fosse _____

O que é preciso para que isso aconteça? _____

QUESTÕES NORTEADORAS (Relato Livre da História de Vida)

1. Gostaria de começar a entrevista pedindo ao (a) senhor (a) para me falar um pouco sobre o seu dia-a-dia.
2. Quem são as pessoas que convivem com o (a) senhor (a)?
3. Agora me fale da sua relação com seus familiares.
4. Como era sua relação com seus familiares antes do comprometimento da capacidade funcional?
5. Como é sua relação com seus familiares hoje, depois do comprometimento da capacidade funcional?
6. O (a) senhor (a) já se sentiu desrespeitado (a) dentro de casa? Fale sobre isso.

APÊNDICE B – Carta de Solicitação de Campo para Coleta dos Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Jequié/BA, 09 de Abril de 2012

Ilmo. Sr. Belmiro Catarino Matos
Secretário Municipal de Saúde de Jequié

Eu, NADIRLENE PEREIRA GOMES, orientadora da pesquisa **DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE**, solicito autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié para que a pesquisadora LUANA ARAÚJO DOS REIS, aluna do curso de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UFBA possa realizar coleta de dados na Unidade de Saúde da Família Dr^a Tânia Brito no município. Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado, que apresenta como objeto de estudo a dinâmica familiar de idosos e o objetivo de “Compreender a dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade”. Informamos que a pesquisa não tem fins lucrativos e que a coleta será iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Nadirlene Pereira Gomes
(Orientadora)

Luana Araújo dos Reis
(Pesquisadora)

APÊNDICE C – Formulário com Informações ao Colaborador



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

1ª via Participante
2ª via Pesquisadora

INFORMAÇÕES AO COLABORADOR

1. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DA PESQUISA: Dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade

PESQUISADOR: Luana Araújo dos Reis

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Nadirlene Pereira Gomes

UNIDADE VINCULADA: Escola de Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

DURAÇÃO DA PESQUISA: 10 meses

2. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS SUJEITOS SOBRE A PESQUISA CONSIGNADA:

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O acelerado processo de envelhecimento e os recentes aumentos na expectativa de vida, principalmente entre as pessoas com 60 anos ou mais, tem chamado atenção sobre condições de saúde durante esses anos adicionais de vida. Estudos sinalizam que o envelhecimento tem ocorrido como um evento mal sucedido, caracterizado por comorbidades e dependência dos idosos para realizar as atividades diárias. Nesse sentido, torna-se fundamental para o planejamento assistencial adequado ao idoso a compreensão do seu contexto familiar, o que implica no desvelamento das questões que envolvem a dinâmica de funcionalidade das famílias em geral. Para tanto, este estudo terá como objetivo geral: compreender a dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade; e como objetivos específicos: identificar as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos; identificar as situações de vulnerabilidade a que os idosos estão expostos no cotidiano familiar; descrever as relações familiares de idosos em situação de vulnerabilidade.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS: Preenchimento de um formulário com dados de identificação dos idosos pelo entrevistador e entrevista semi-estruturada (questões abertas) segundo roteiro que serão gravadas após a autorização dos sujeitos.

DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS: O risco oferecido pela pesquisa é baixo, considerando que o desconforto que o entrevistado poderá sentir é o de compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais. Porém, não é do desejo das pesquisadoras

que isto venha a acontecer. O entrevistado não precisa responder qualquer pergunta na entrevista ao sentir que a mesma é muito pessoal ou se sentir incômodo em falar.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: É provável que este estudo colabore com a construção de novos referenciais acerca da dinâmica familiar de idosos, a fim de fomentar propostas que possam contribuir de forma positiva para um cuidado mais efetivo aos idosos, bem como para o fortalecimento de vínculos familiares.

4. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIA DO SUJEITO DA PESQUISA:

Acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para elucidar dúvidas. Todos os dados coletados durante as entrevistas e transcritos após as mesmas serão gravados em CD rom e serão arquivados pelas pesquisadoras responsáveis no diretório do “Grupo de Estudos sobre o Cuidar e o Cuidado em Enfermagem” na Escola de Enfermagem da UFBA, no qual estão cadastradas as pesquisadoras deste estudo. O material permanecerá guardado por um período de 5 anos, estando à disposição dos sujeitos deste estudo, bem como dos profissionais das instituições envolvidas (CMC e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem) para dirimir eventuais dúvidas ou questionamentos que porventura venham ocorrer.

Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a qualquer membro da comunidade da pesquisa.

Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

5. INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESSA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

PESQUISADOR: Luana Araújo dos Reis

ENDEREÇO: Augusto Vianna, s/n, 7º andar, CEP: 40110-060, Canela, Salvador, Bahia.

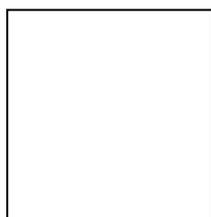
TEL: (71) 3283-7631 / **FAX:** (71) 3332-4452 / **E-MAIL:** luareis1@hotmail.com

ORIENTADORA: Profª Drª Nadirlene Pereira Gomes

ENDEREÇO: Rua Augusto Vianna, s/n, 7º andar, CEP: 40110-060, Canela, Salvador, Bahia.

TEL: (71) 3283-7631 / **FAX:** (71) 3332-4452 / **EMAIL:** nadirlenegomes@hotmail.com

Salvador, _____ de _____ de _____.



Impressão Digital

Ass. do Participante

Ass. da Pesquisadora

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

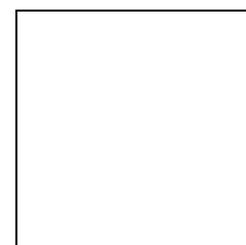
1ª via Participante
2ª via Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa intitulada **“Dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade”** e os seus respectivos objetivos, riscos e benefícios, concordo em participar da investigação respondendo as perguntas da entrevista que poderão ser gravadas com auxílio de um gravador digital com minha anuência. Reafirmo que a minha autorização é voluntária, meu consentimento para participar da pesquisa foi uma decisão livre, não sofrendo nenhuma interferência das pesquisadoras e que não estou sendo remunerado (a) por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à minha pessoa. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas

Salvador, _____ de _____ de _____.

Ass. Do Participante



Impressão Digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) entrevistado (a), para participação nesta Pesquisa.

Ass. da Pesquisadora
Luana Araújo dos Reis

ANEXOS

ANEXO A – PARACER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Parecer sobre Protocolo do Projeto de nº41/2011 (CONEP – FR 478468), “DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE” de autoria da Pesquisadora responsável Mestranda Luana Araújo dos Reis, apresentado para apreciação do CEPEE/UFBA, 16 de novembro de 2011.

DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE **Autores; Luana Araújo dos Reis e Nadirlene Pereira Gomes**

Justificativa

O acelerado processo de envelhecimento e os recentes aumentos na expectativa de vida, principalmente entre as pessoas com 60 anos ou mais, tem chamado atenção sobre condições de saúde durante esses anos adicionais de vida. Estudos sinalizam que o envelhecimento tem ocorrido como evento mal sucedido, caracterizado por comorbidades e dependência dos idosos para realizar as atividades diárias.

Nesse processo, a expectativa de vida é um grande ganho para humanidade, mas ela também acarreta problemas complexos para áreas sociais e de saúde, pois as sociedades se vêem diante de um contingente de pessoas susceptíveis às doenças crônico-degenerativas e problemas socioeconômicos que contribuem para aumentar o risco de dependência física e social, a qual as pessoas idosas estão sujeitas.

Assim sendo, na medida em que necessitam de maiores cuidados, seja pela dependência física ou mental, os idosos tornam-se mais vulneráveis a maus tratos. Nesse sentido, torna-se fundamental para o planejamento assistencial adequado aos idosos, a compreensão do seu contexto familiar, o que implica no desenvolvimento de questões que envolvem a dinâmica de funcionamento das famílias em geral.

O projeto apresentado tem como questão norteadora: Como se dá a dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade?

Objetivo Geral

Compreender a dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade;

Objetivos Específicos

- Identificar as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos;
- Identificar as situações de vulnerabilidade a que os idosos estão expostos no cotidiano familiar;

- Descrever as relações familiares de idosos em situação de vulnerabilidade;

Metodologia

Em relação aos caminhos metodológicos traçados as autoras optaram por um estudo descritivo, exploratório, qualitativo considerado adequado ao objeto de estudo: dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade.

Esse estudo será guiado pelo método da História Oral de Vida, que consiste da narrativa do conjunto da experiência de vida de uma pessoa. A base da História Oral de Vida é o depoimento gravado. Sua operacionalização requer: agendar as entrevistas, segundo a conveniência do sujeito da pesquisa; comparecer ao local no horário e data agendados; criar um clima de solidariedade aberto e acolhedor; solicitar ao sujeito da pesquisa consentimento para gravar a entrevista; garantir para o sujeito da pesquisa que nada será publicado ou divulgado sem a sua autorização.

Após a realização da entrevista será necessário a transformação do relato oral em texto escrito para torná-lo disponível ao público. Para tanto, fazem-se necessárias as etapas de transcrição, textualização e transcrição.

Local do Estudo

O *lôcus* da pesquisa será o Coletivo de Mulheres do Calafate (CMC), localizado no bairro de San Martin na cidade de Salvador/Bahia.

O CMC é uma Organização Não Governamental (ONG), criada em 1992 com a proposta de ser um espaço onde as mulheres pudessem discutir os problemas relacionados ao seu cotidiano, principalmente sobre a violência doméstica, levando a um aprofundamento na questão dos direitos das mulheres.

Desde a sua criação o CMC possui parceria com a UFBA, através do "Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher" e "Violência, Saúde e Qualidade de Vida". Essa parceria poderá facilitar a aproximação com os sujeitos da pesquisa.

Sujeitos da Pesquisa (População)

Os sujeitos da pesquisa serão 20 idosos residentes no *lôcus* da pesquisa. Os critérios de inclusão serão: homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos; residir com familiares; demonstrar capacidade para responder de forma lúcida ao instrumento de coleta de dados; aceitar participar da pesquisa, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento e Coleta de Dados

A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista individual com o uso de um roteiro semi-estruturado.

Os dados serão coletados em momentos distintos. No primeiro momento, será utilizado um questionário semi-estruturado, para caracterizar as características sociodemográficas e condições de saúde e no segundo momento será utilizado um instrumento com questões norteadoras para o relato livre da história de vida. Nesse momento a fala dos sujeitos da pesquisa será gravada com a utilização de um aparelho tipo MP4.

O relato livre da história de vida e a sua gravação são coerentes com o método da História Oral de Vida. A realização das entrevistas estará condicionada à autorização dos sujeitos da pesquisa, confirmada com a assinatura do TCLE.

Plano de Análise

Os resultados serão tratados a partir da análise de conteúdo de BARDIN (2009), que adota os seguintes procedimentos:

1. Pré-análise;
2. Exploração da Material;
3. Tratamento dos resultados (inferência e interpretação);

Etapas da Análise

1. Transcrições das entrevistas gravadas;
2. Organização do material;
3. Classificação e categorização das informações coletadas;

Com esses procedimentos, tem-se por objetivo sair da mera descrição dos dados para uma interpretação crítica. Esta opção associada à abordagem qualitativa poderá evocar outras explicações alternativas a respeito do fenômeno investigado.

Aspectos Éticos

Elaboração de ofício, solicitando a autorização da instituição onde a pesquisa será realizada (Coletivo de Mulheres do Calafate/CMC);

Carta de Anuência da Secretaria do Coletivo de Mulheres do Calafate (11/11/2011);

Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide página 48 a 50);

Apresentação do Projeto ao CEPEE/UFBA, credenciado ao CONEP (16/11/2011);

Respeito a Resolução 196/96, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS);

Garantia de sigilo e confidencialidade dos dados coletados;

Comentários:

1. Considerei o projeto factível, apresentando ótima fundamentação teórica;
2. A descrição metodológica apresentada é adequada;
3. O projeto apresentou todos os documentos solicitados para a sua apreciação pelo CEPEE/UFBA, a saber:
 - ✓ Carta de encaminhamento ao CEPEE/UFBA (OK);
 - ✓ Folha de rosto (OK);
 - ✓ Termo de Ciência da Instituição (Autorização do Responsável pelo local de realização da pesquisa) onde a pesquisa será desenvolvida (CMC);
 - ✓ Termo de compromisso do pesquisador principal e dos colaboradores com a resolução 196/96 (OK);
 - ✓ Declaração do pesquisador principal e dos colaboradores de que a coleta de dados não foi iniciada (OK);
 - ✓ Termo de compromisso do pesquisador principal e dos colaboradores com a apresentação ao CEP do relatório final da pesquisa (OK);
 - ✓ Projeto de pesquisa em português (OK);
 - ✓ Orçamento detalhado (OK);
 - ✓ Cronograma (OK);
 - ✓ Instrumentos de coleta (OK);
 - ✓ *Currículo vitae* do pesquisador principal e dos colaboradores (OK);
4. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado, a meu ver está em conformidade com a Resolução 196/96.

Consideração Final

Dessa forma, considero o projeto APROVADO.

Esse é o meu parecer, SMJ.

Salvador, 07 de março de 2012.

Darci Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CAMPO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Jequié/BA, 09 de Abril de 2012.

Ilmo. Sr. Belmiro Catarino Matos
Secretário Municipal de Saúde de Jequié

Eu, NADIRLENE PEREIRA GOMES, orientadora da pesquisa **DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE**, solicito autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié para que a pesquisadora LUANA ARAÚJO DOS REIS, aluna do curso de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da UFBA possa realizar coleta de dados na Unidade de Saúde da Família Dr^a Tânia Brito no município. Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado, que apresenta como objeto de estudo a dinâmica familiar de idosos e o objetivo de “Compreender a dinâmica familiar de idosos em situação de vulnerabilidade”. Informamos que a pesquisa não tem fins lucrativos e que a coleta de dados será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

Atenciosamente,

À USF Tânia Brito
Aprovado a coleta de dados. Estabelecimento em Jequié - Bahia
C.F. de 11.04.2012
James Melo Silva
Diretor do Depto. de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Jequié - Bahia

Nadirlene Pereira Gomes
Prof^a. Dr^a. Nadirlene Pereira Gomes
(Orientadora do Projeto)

Luana Araújo dos Reis
Luana Araújo dos Reis
(Pesquisadora)

Realizado
Belmiro
09.04.12.