

## FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES RESIDENTES EM DOMICÍLIOS

*Gilson de Vasconcelos Torres - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil*

*Luciana Araújo dos Reis<sup>1</sup> - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil*

*Luana Araújo dos Reis - Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), Jequié, Brasil*

*Marcos Henrique Fernandes - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil*

*Giani dos Santos Alves - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil*

*Lucas Silveira Sampaio - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil*

*Claudio Henrique Meira Mascarenhas - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil*

### RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes no interior da região Nordeste do Brasil. Trata-se de uma pesquisa de caráter analítico com delineamento transversal. A amostra foi composta por 117 idosos dependentes, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Os instrumentos utilizados foram o Apgar de família, Índice de Barthel e o levantamento de dados sócio-demográficos e de saúde. Verificou-se que a média de idade foi 80,79 ( $\pm$  9,77) anos, com predomínio do sexo feminino (70,09%) e não alfabetizados (63,25%). Os problemas de saúde estiveram presentes em 93,16% dos idosos, sendo a patologia mais freqüente a Hipertensão Arterial (23,10%). Em relação à funcionalidade familiar constatou-se que 73,50% dos idosos relataram comprometimento. O conhecimento da funcionalidade familiar é importante para o desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliária adequada à saúde do idoso e de sua família.

Palavras-chave: cuidado, idoso, família, funcionalidade, saúde

### FAMILY FUNCTIONALITY OF DEPENDENT ELDERLY RESIDENTS IN THE HOUSE CALLS

#### ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the family functionality of a dependent elderly population residing in the hinterland of northeast Brazil. This is an analytical study with a cross-sectional design. The sample was composed of 117 dependent elderly individuals enrolled in the Family Health Units. The instruments used were the Family APGAR and Barthel's Index; social demographic and health data were also collected. The mean age was 80.79 ( $\pm$  9.77) years, with a predominance of women (70.09%) and illiterates (63.25%). Health problems were present in 93.16% of the elderly, the most frequent pathology being arterial hypertension (23.10%). Regarding family functionality, 73.50% reported compromised. Knowing family functionality is important for developing appropriate home care mechanisms for the health of the elderly and their family.

Keywords: care, elderly, family, functionality, health

### INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas decorrentes do envelhecimento populacional que vem ocorrendo no mundo, inclusive no Brasil, trazem consigo mudanças sociais, econômicas e familiares. Afinal as famílias também envelhecem, e uma prova disso é o crescente número de domicílios com convivência de várias gerações (Reis, Torres, Silva, Sampaio & Reis, 2008).

O envelhecimento brasileiro ocorreu de forma expressamente rápida, em poucos anos houve uma mudança na pirâmide populacional que refletia o aumento das pessoas maiores de 60 anos em relação aos jovens. Em 1960 os idosos representavam

um percentual de 5% da população do Brasil, e estimativas mostram que chegarão a 14% em 2025, o que representa um crescimento de mais de 100% em relação à população geral (Baptista, Moraes, Rodrigues & Silva, 2006; Davim, Torres, Dantas & Lima, 2004).

No presente estudo, foi assumido o conceito de idoso preconizado pela ONU (Organização das Nações Unidas), OMS (Organização Mundial de Saúde) e utilizado no Brasil, ou seja, "toda pessoa com mais de 60 anos". Adotou-se ainda a classificação de que idoso dependente é aquele que necessita de supervisão para a realização de suas atividades básicas de vida diária. (Reis, Torres & Reis, 2008; Giatti, Barreto & Lima, 2003).

Para Maciel e Guerra (2007), o envelhecimento traz consigo algumas peculiaridades

<sup>1</sup> Contato:

E-mail: cianareis@hotmail.com

como mudança nos padrões de saúde, doença, capacidade funcional, independência financeira, e a possibilidade de experimentar debilidades que tornem necessário a co-residência com familiares. Segundo Silva, Bessa e Oliveira (2004), 43% dos idosos não institucionalizados acima de 85 anos de idade necessitam de assistência nas atividades básicas de vida diária e estas são, geralmente, providas por seus familiares (Silva & cols, 2006).

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 (Vilela & cols, 2006). Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, da adolescência, da 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, 2004; Cerhan & Wallace, 1993). Nesse estudo foram adotadas como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar do idoso, participando assim de seu dia-a-dia.

A Funcionalidade familiar é descrita, segundo Mazza e Lafevre (2005), em termos da adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução da família junto aos seus membros. Segundo Mioto e Stamm (2003) é “o movimento das relações familiares que vão se estabelecendo no interior das famílias no decorrer de sua história” (p. 163).

Nesse sentido, a qualidade dessas relações familiares encontra-se associada à qualidade do cuidado (Mendes, 1998). Um dos fatores significativos de equilíbrio e bem-estar daqueles que envelhecem é a relação de afeto que ocorre no ambiente familiar (Souza & cols, 2006). O vínculo emocional entre o idoso e seu cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade, e os laços afetivos envolvidos podem favorecer uma maior confiança (Pavarini & cols, 2003; Assis, 1998). A qualidade do relacionamento torna-se um aspecto fundamental em que, na situação de cuidar do cônjuge ou dos pais, entram em cena questões afetivas arraigadas nas relações familiares anteriores (Neri & Carvalho, 2002).

As relações com familiares são as que os idosos vivem com mais assiduidade e intensidade. A partir do momento que muitos deles perdem sua capacidade funcional, como um resultado próprio do envelhecimento passa a ficar mais tempo dentro de casa, e, conseqüentemente, convivem mais tempo

com aqueles com quem moram e necessitam de cuidados familiares. (Pavarini & cols, 2006).

O aparecimento da dependência no idoso e a conseqüente necessidade de um cuidador provocam uma reestruturação familiar e uma redefinição de papéis, o que pode ocasionar, por exemplo, alterações na rotina e na dinâmica familiar (Vilaça & cols, 2005; Karsch, 2003; Alvarez, 2001; Marcon & cols, 1998). O processo de adaptação a essa nova realidade pode, por um lado, não se tornar complicado quando há uma boa relação entre cuidador familiar e idoso dependente, podendo ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro, grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador.

As funções da atividade de cuidar domiciliar referem-se à ajuda nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva, acompanhamento a serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano como, por exemplo, ida a bancos ou farmácias (Souza & cols, 2006). De acordo com estudos a maioria se caracteriza por ser do sexo feminino, por causas predominantemente cultural, e na maioria das vezes, são as esposas ou filhas do portador da doença, que não se vêem, na maioria das vezes, como ocupantes de um papel social e olham suas ações como extensão de uma relação pessoal e familiar (Karsch, 2003; Souza, Skubs & Bretãs, 2007).

O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do idoso é importante para o desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliária à saúde do idoso. E impõe-se como indispensável, em todos os níveis sociais, seja por suas características de respeito à individualidade e privacidade do idoso, seja pela possibilidade de minimizar o estresse inerente à atenção à saúde, aumentando a possibilidade de aceitação dos cuidados e conseqüente eficiência dos procedimentos.

Assim, torna-se imprescindível compreender a funcionalidade das relações familiares em idosos dependentes, pois segundo Duarte & Diogo (2000), “a assistência domiciliária vem demonstrando ser a nova fronteira dos serviços de saúde”. E como o idoso encontra-se em sua grande maioria no âmbito domiciliar, conforme evidencia a literatura da área gerontogeriatrica, cresce a demanda na qualidade de relacionamento intergeracional, culminando num processo dinâmico de inter-relações intrafamiliares.

Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo analisar a funcionalidade familiar em idosos dependentes residentes no interior da região do Nordeste. O levantamento de tais informações possibilita traçar o perfil do ambiente familiar destes idosos, servindo como referência para fundamentar estratégias de programas direcionados à promoção de saúde, em pessoas idosas de comunidades menos favorecidas economicamente.

Dessa forma, estudos dessa natureza são necessários nas micro-regiões periféricas para que se possa obter um panorama mais próximo das micro-realidades de saúde dessa população, objetivando assim, bases mais seguras e concretas para o atendimento integral à saúde. Bem como a criação de programas de saúde que possibilitem minimizar a dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e contribuam para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país.

## MÉTODO

### *Participantes*

Trata-se de uma pesquisa de caráter analítica com delineamento transversal. Os locais de estudo foram as residências dos idosos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família da área de abrangência de um bairro localizado em um município situado no interior do Estado da Bahia, região Nordeste do Brasil.

A amostra deste estudo foi composta por 117 idosos dependentes, com idade mínima de 60 e máxima de 106 anos, e média de 80,79 ( $\pm 9,77$ ) anos. Sendo a maior parte deste do sexo feminino (70,09%), não alfabetizado (63,25%) e viúvos (46,15%). O cálculo amostral, foi feito com base nos valores da média e desvio padrão encontrado nos resultados do Teste Piloto deste estudo.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade mínima de 60 anos, atendendo aos critérios da Política Nacional do Idoso que considera idosa a pessoa a partir de 60 anos, e idade máxima de 80 anos;
- Em condição mental para responder aos questionários (A avaliação do estado mental do idoso foi realizada de acordo com a percepção do cuidador sobre a condição mental do idoso para participar da entrevista);

- Classificados como dependentes em suas atividades de vida diária de acordo com o Índice de Barthel (Trelha & cols, 2006);
- Que concordassem em participar da pesquisa, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;
- Residir junto à família.

### *Instrumentos*

O instrumento de pesquisa foi constituído de 3 partes, sendo todo o instrumento aplicado apenas aos idosos entrevistados. A primeira parte representada por dados sócio-demográficos [idade (valor número relatado pelo idoso), sexo (feminino e masculino), renda familiar (de 1 a 3 salários e acima de 3 salários), estado civil (casado, solteiro, viúvo e separado/desquitado) e escolaridade(alfabetizado/analfabeto)] e de saúde [presença de patologias (sim e não) e o uso de medicamentos (até 2 e acima de 2 medicamentos)], sendo esta parte elaborada pelos autores da pesquisa.

A segunda parte referente ao Índice de Barthel (Trelha & cols, 2006), que é uma escala, utilizada para avaliação funcional, composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Cada item de desempenho é avaliado em uma escala ordinal, com número específico de pontos assinalados para cada nível de posição. O escore correspondente à soma de todos os pontos obtidos, varia de 0 a 100, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100, dependência leve o indivíduo que obter pontuação acima de 60, dependência moderada de 55 a 20 e dependência grave abaixo de 20. Este instrumento é um dos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional em idosos, sendo que o Índice de Barthel tem demonstrado forte confiabilidade interexaminadores (0,95) e confiabilidade teste-reteste (0,89), assim como fortes correlações (0,74 a 0,80) com outras medidas de incapacidade. Mediante esses dados optou-se neste estudo por utilizar o Índice de Barthel para alcançar ao objetivo proposto.

A terceira parte do instrumento foi constituída pelo Apgar de Família (Carreira, 2006), é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família de: adaptação, companheirismo,

desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. O acrônimo APGAR, proveniente da língua inglesa, deriva de Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade resolutive).

Sendo o componente Adaptação - relacionada aos recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência; Companheirismo - compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; Desenvolvimento - associado à liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional; Afetividade - relacionada à intimidade e às interações emocionais num contexto familiar; e Capacidade Resolutive - associada à decisão, determinação ou resolutividade existentes em uma unidade familiar.

Os resultados obtidos com a aplicação do Apgar são convertidos em escores partindo de uma escala de respostas com cinco opções para cada um dos componentes a serem avaliados. A indicação da resposta "Sempre" corresponde ao escore = 4, Quase sempre = 3, Algumas Vezes = 2, Raramente = 1 e Nunca = 0. A somatória dos valores obtidos representam o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar (boa funcionalidade - 0 a 4, moderada - 5 e 6 ou alta disfuncionalidade - 7 a 10 pontos). Altos índices do Apgar demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.

#### *Procedimentos*

Os procedimentos de coleta de informações foram instituídos após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB (Protocolo nº005/2008), obedecendo à Resolução 196/96 que trata das pesquisas realizadas em seres humanos. Para participar da pesquisa voluntariamente o idoso ou seu responsável e o cuidador assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pela autora da pesquisa, a qual entrevistou cinco idosos por dia. Sendo que para a realização das entrevistas foi agendado junto ao idoso 3 (três) visitas ao seu domicílio, que duraram em média 1 (uma) hora, distribuídas da seguinte forma: Na 1ª visita, realizou-se a coleta dos dados sócio-demográficos, condições

de saúde e avaliação cognitiva; Na 2ª visita foi feita a avaliação da capacidade funcional e na 3ª visita aplicou-se o Apgar de Família.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados inicialmente como pré-teste em idosos de um Grupo de Convivência para a Terceira Idade, sendo a coleta de dados realizada na forma de entrevista com cada idoso. Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do Programa Estatístico SPSS versão 13.0, sendo posteriormente realizada análise estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência e porcentagem).

## RESULTADOS

Foram estudados 117 idosos com, com média de 80,79 ( $\pm$  9,77) anos. Verificou-se uma maior frequência de idosos do sexo feminino (70,09%), não alfabetizados (63,25%) e viúvos (46,15%).

Os problemas de saúde estiveram presentes em 93,16% dos idosos, sendo as patologias mais frequentes a Hipertensão Arterial (23,10%), Acidente Vascular Encefálico (11,10%) e Artrose em joelhos (6,80%). A maioria dos idosos (78,60%) faz uso de medicação controlada, sendo o anti-hipertensivo a medicação mais utilizada (47,80%) e 81,20% fazem uso de até duas medicações diárias, sendo mais frequente a administração duas vezes ao dia (30,80%).

Em relação à renda familiar 53,85% das famílias possuem renda de 1 a 3 salários mínimos. Quanto à renda familiar, 44,4% dos idosos são responsáveis pelo sustento familiar e 79,5% da renda destes idosos é proveniente de aposentadoria.

Quanto à composição familiar houve uma maior distribuição de idosos que residem com os filhos (15,40%), com o conjugue e filhos (12,80%) e com filhos e netos (12,00%). Quanto ao número de pessoas que residem com o idoso, o número mínimo foi um, o máximo quatro e a média 1,78 ( $\pm$ 0,82) pessoas, sendo que 34,2% dos idosos residem com pelo menos 2 pessoas.

Em relação à capacidade funcional, a média foi de 53,89 ( $\pm$  24,46) pontos, valor mínimo de zero ponto, máximo de 95 pontos e mediana de 60 pontos. Houve uma maior distribuição de idosos apresentando 60 pontos (59,00%). Sobre a classificação do nível de dependência 53, 85% dos idosos foram denominados como dependentes leve, seguidos de 23,08% classificados como dependentes moderados.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes no interior da Região Nordeste. Jequié/BA, 2008.

Variáveis do estudo	n	%
Sexo		
Feminino	82	70,09
Masculino	35	29,91
Estado civil		
Casado (a)	40	34,19
Solteiro (a)	16	13,68
Viúvo (a)	54	46,15
Separado (a)/ desquitado (a)	7	5,98
Escolaridade		
Alfabetizado	43	36,75
Analfabeto	74	63,25
Problemas de saúde		
Sim	109	93,16
Não	8	6,84
Tipo de medicamento 2		
Até 2 medicamentos	95	81,20
Acima de 2 medicamentos	22	18,80
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

Tabela 2. Distribuição da renda familiar de idosos dependentes residentes no interior da Região Nordeste. Jequié/BA, 2008.

	Renda Familiar	
	n	%
Até 1 salário	43	36,75
De 1 a 3 salários	63	53,85
4 a 6 salários	8	6,84
7 a 10 salários	3	2,56
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

Tabela 3. Distribuição dos idosos quanto classificação segundo o Índice de Barthel. Jequié/BA, 2008.

Capacidade Funcional	n	%
< 20 Dependência Total	15	12,82
20-35 Dependência Grave	12	10,26
40-55 Dependência Moderada	27	23,08
≤ 60 Dependência Leve	63	53,85
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

Sobre a funcionalidade familiar constatou-se que 73,5% dos idosos relataram comprometimento da dinâmica familiar, sendo mais frequente a

definição da dinâmica familiar com moderada funcionalidade (46,15%).

Tabela 4. Distribuição dos idosos quanto aos domínios da dinâmica familiar. Jequié/BA, 2008.

Dinâmica familiar	n	%
0 a 4 (Boa Funcionalidade)	31	26,50
5 e 6 (Moderada Funcionalidade)	54	46,15
7 a 10 (Alta Disfuncionalidade)	32	27,35
Total	117	100,00

## DISCUSSÃO

Os idosos analisados apresentavam uma média de idade alta (80 anos) e com predomínio do sexo feminino. Fatores biológicos, sociais e culturais são responsáveis pela maior expectativa de vida das mulheres. No Brasil, elas vivem aproximadamente sete anos a mais que os homens (Davim, Torres, Dantas & Lima, 2004). Esse fato está associado a vários fatores, tais como, proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos do trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde com melhor conhecimento destes, maior utilização dos serviços de saúde e menor consumo de tabaco e álcool (Silva e cols, 2006).

Quanto ao índice de escolaridade, 63,25% dos idosos são analfabetos, esses dados são corroborados por uma pesquisa realizada no Nordeste do Brasil, não qual se constatou taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos, aproximadamente 65 em cada 100 idosos não sabiam ler e escrever (Vilela & cols, 2006). Este dado sócio-demográfico é relevante considerando os estudos nos quais encontraram chances cerca de 5,0 vezes maior de ter dependência moderada/grave entre os idosos com nível mais baixo de escolarização (apenas lê e escreve/analfabetos) (Giatti, Barreto & Lima, 2003). A perda da independência está associada à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo e, sobretudo a necessidade de cuidados familiares (Brach & cols, 2000).

As patologias mais citadas no presente estudo foram: Hipertensão Arterial (23,10%) e Acidente Vascular Encefálico (11,10%), confirmando a alta prevalência das doenças cardiovasculares na terceira idade (Garcia & Carvalho, 2003). A hipertensão arterial, doença mais relatada pelos idosos participantes, é considerada umas das causas mais comuns de morbidade e

mortalidade prematura. Além da alta prevalência, constitui fator de risco para complicações cardiovasculares estando diretamente associada à incapacidade e dependência, repercutindo negativamente na qualidade de vida do idoso e fazendo com que os idosos necessitem de cuidados prestados pela família (Reis & cols 2007).

A baixa renda encontrada entre os idosos neste estudo, em que 53,85% das famílias possuem renda de 1 a 3 salários, é um dado importante, uma vez que, segundo Para Maciel e Guerra (2007), rendas inferiores podem limitar o acesso das pessoas aos cuidados alimentares e sociais, com destaque para a educação e saúde, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida das pessoas. A renda dos idosos desse estudo também se assemelha aos encontrados em estudo realizado no interior do Nordeste, no qual se verificou que 50% dos idosos com 80 anos ou mais tinham renda até meio salário mínimo, ao passo que na faixa entre 60 a 69 anos este percentual foi de cerca de 35% (Reis & cols, 2008).

Neste estudo verificou-se que 15,40% dos idosos residem com os filhos, estes dados se assemelham aos encontrados na literatura, uma vez que em várias cidades do Brasil, os idosos residem junto aos filhos, correspondendo a 22% dos domicílios brasileiros (Carreira, 2006). Segundo estudo a no Brasil, 70% dos domicílios de idosos encontram-se filhos residindo (cerca de um terço dos membros domiciliados), enquanto que, aproximadamente 10% dos membros são netos. Essa alta prevalência de domicílios multigeracionais é atribuída a uma estratégia de sobrevivência ao invés de opção cultural (Vilela & cols, 2006). Para Silva (2007), 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.

Cerhan e Wallace (1993), afirmam que a interação entre as relações familiares e a saúde é bidirecional: a piora no estado de saúde induz a uma restrição da rede social, enquanto um decréscimo nas redes sociais, de maneira repetida e prospectiva, prediz a mortalidade e morbidade graves. Isso ocorre

tanto em estudos populacionais quanto em indivíduos com morbidade conhecida e piora com a idade (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana & Vicente, 2006). No presente estudo, verificou-se quanto à funcionalidade familiar que 73,50% dos idosos relataram comprometimento.

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo (Silva, Galera & Moreno, 2007). Um estudo multicêntrico conduzido na Finlândia, Holanda e Espanha, que comparou a prevalência, a incidência e a recuperação da incapacidade entre idosos que vivem na comunidade, demonstrou que embora existam diferenças culturais, os laços sociais (familiares e não-familiares) são protetores da incapacidade na velhice (Souza, Skubs & Bretãs, 2007). Desta forma, acredita-se ser fundamental para o planejamento assistencial adequado ao idoso, a compreensão de seu contexto familiar o que implica no conhecimento das questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionamento das famílias em geral.

Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade, as famílias poderiam ter a sua capacidade assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos, podendo desta forma interferir na independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos Silveira, Caldas & Carneiro (2006).

Portanto observa-se a necessidade cada vez mais premente de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias de forma a permitir que ambos encontrem conjuntamente uma solução terapêutica mais efetiva e adequada em que o equilíbrio familiar seja a meta, melhorando assim a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família, favorecendo a manutenção da capacidade funcional e melhora na qualidade de vida destes (Luzardo & Walkman, 2004).

A capacidade funcional representa a independência de o indivíduo viver, realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controlar as finanças, tomar medicamentos, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distancia (Silva & cols, 2006). Quando ocorre comprometimento da capacidade

funcional a ponto de impedir o próprio cuidado, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e autonomia, ao comprometimento da qualidade de vida e conseqüentemente levando-o a incapacidade funcional (Trelha & cols, 2006).

É imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo do idoso para atividades de vida diária, uma vez que freqüentemente a imobilidade na terceira idade é incentivada pela família que considera a velhice como tempo de descanso, fato este que pode está acontecendo com os idosos deste estudo.

Frente às transformações nas estruturas familiares, questiona-se quanto à interferência causada pela presença de idosos com limitações importantes na dinâmica de funcionamento das famílias, bem como das conseqüências disto no equilíbrio da estrutura familiar, que passam a ser cada vez mais presentes. Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade, as famílias poderiam ter a sua capacidade assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos, podendo desta forma interferir na independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos.

Souza e cols (2007) defendem que as pessoas idosas que estão bem integradas em suas famílias e o no seu meio social têm maiores chances de sobrevivência além de concentrar melhor capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade. A saúde de cada membro familiar individualmente afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento desta afeta cada um de seus membros.

Os resultados desse estudo evidenciaram um elevado comprometimento da funcionalidade familiar relatada pelos idosos dependentes avaliados, desta forma esses dados demonstram a maioria das famílias estudadas não está preparada para prestar cuidados adequados aos idosos portadores de problemas de saúde. Uma vez que, o idoso com problemas de saúde gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros que se ocupam dos cuidados. Assim, é importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar a assistência às necessidades emanadas pelos idosos, contribuindo para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento

histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país. Como limitação na realização deste estudo, cita-se o fato de toda a amostra ter sido constituída apenas por idosos dependentes, desta forma os resultados aqui obtidos são referentes a uma amostra homogênea, não cabendo assim fazer generalizações sobre a funcionalidade familiar de todos os idosos dependentes residentes em domicílio.

## REFERÊNCIAS

- Alvarez, A. M. (2001). *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar* – Santa Catarina. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis/SC.
- Assis, M. (1998). O envelhecimento e suas conseqüências. Em Caldas, C. P. (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar* Rio de Janeiro: UERJ.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Silva, J. A. C. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 50-7.
- Brach, J. S., VanSwearing, J. M., Newman, A. B., & Krisca A. M. (2000). Identifying Early Decline of Physical Function in Community- Dwelling Older Women: Performance-Based and self-report Measures. *Physical Therapy*, 82(4), 37-45.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3): 773-81.
- Carreira, L. (2006). *Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família* – Ribeirão Preto. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, SP.
- Cerhan, J. R. & Wallace, R. B. (1993). Predictors of decline in social relationships in the rural elderly. *Am J Epidemiol*, 137, 870-80.
- Davim, R. M. B., Torres G. V., Dantas, S. M. M., & Lima, V. M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/ RN: Características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), 518-24.
- Diogo, M. J. D., & Duarte, Y. A. de O. (2002). Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. Em E. V. Freitas e cols. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.92. p.762-767.
- Garcia, R. A., & Carvalho, J. A. M. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 725-733.
- Giatti, L., Barreto, S. M., & Lima, M. F. C. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 735-743.
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, W. S., & Vicente, F.R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado no contexto sociocultural de Florianópolis. *Texto e contexto enfermagem*, 15(4), 570-577.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de saúde Pública*, 19(3), 820-829.
- Luzardo, A., & Walkman, B. F. (2004) Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta sci. Health sci*, 26(1), 135-145.
- Mazza, M. M. P. R., & Lefevre, F. (2005). 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.
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10, 179-189.
- Mendes, P. M. T. (1998). Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Em U. M. S. Karsch, (Org). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ.
- Mioto, R. C. T. & Stamm, M. (2003). Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Ciência, cuidado e saúde*, 2(2), 161-168.
- Neri, A L. & Carvalho, V. A. L. (2002). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. Em E. V. Freitas e cols. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Mendiondo, M., Barham, E. J., & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 326-335.



- Pavarini, S. C. I. (2003). *Identificando fatores que afetam a relação entre idoso e seu cuidador familiar*. Relatório Final (Projeto Universal. CNPq. Processo nº 476155/2001-0). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos/SP.
- Reis, L. A., Torres, G. V., Silva, J. P. A., Sampaio, L. S., & Reis, L. A. (2008). Perfil Epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Revista Enfermagem Atual*, 46, 19-23.
- Reis, L. A., Torres, G. V. & Reis, L. A. (2008). Características sócio-demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié/BA. *Revista espaço para a Saúde*, 9 (1), 31-45.
- Reis, L. A., Mascarenhas, C. H. M., Costa, A. N., & Lessa, R. S. (2007). Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31 (2), 324-32.
- Silva, M. J., Bessa, M. E. P., & Oliveira, M. C. (2004). Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópoli. *Cienc. Enferm*, 10(1), 31-39.
- Silva, L., Galera, S. A. F., & Moreno, V. (2007). Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 17-25.
- Silva, M. J., Lopes, M. V. O., Araújo, M. F. M., & Moraes, L. A. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 14-20.
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principias. *Cad. Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.
- Souza, R. F., Skubs, T., & Bretãs, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 60(3), 37-45.
- Souza (2006). Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4).
- Trelha, C. S., Revaldaves, E. J., Yassef, S. M., Dellarroza, M. S. G., Cabrera, M. A. S., Yamada, K. N., & Domiciano, S. C. P. (2006). Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(1), 20-7.
- Vilaça, C. M. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio - percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [online] 2005. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/relato\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato_02.htm). [Acesso em 25. de set. 2006].
- Vilela, A. B. A., Meira, E. C., Souza, A. S., Cardoso, I. S., Silva, E. L., & Takase, L. H. (2006). Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié/BA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 9(1), 55-69.

Recebido em setembro de 2008  
Reformulado em março de 2009  
Aceito em julho de 2009

#### **SOBRE OS AUTORES:**

*Gilson de Vasconcelos Torres*: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Natal-RN.

*Luciana Araújo dos Reis*: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Jequié-BA, Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Natal-RN.

*Luana Araújo dos Reis*: Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) / Jequié-BA.

*Marcos Henrique Fernandes*: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Jequié-BA, Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Natal-RN.

*Giani dos Santos Alves*: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Jequié-BA.

*Lucas Silveira Sampaio*: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Jequié-BA.

*Claudio Henrique Meira Mascarenhas*: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Jequié-BA.