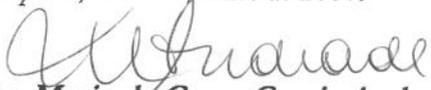


BEATRIZ HELENA DE MATTOS ARAÚJO VERRI

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 22 de Fevereiro de 2001.

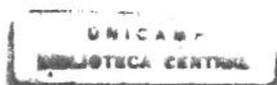

Prof. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade
Orientadora

IDOSOS, FAMÍLIAS E SERVIÇO DE SAÚDE:

Estudo em uma unidade básica do município de Campinas – SP

CAMPINAS

2001



BEATRIZ HELENA DE MATTOS ARAÚJO VERRI

IDOSOS, FAMÍLIAS E SERVIÇO DE SAÚDE:

Estudo em uma unidade básica do município de Campinas – SP

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós- Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientadora: Profa Dra Maria da Graça Garcia Andrade

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

V612i

Verri, Beatriz Helena de Mattos Araújo
Idosos, famílias e serviço de saúde- um estudo em uma unidade
básica do município de Campinas-SP / Beatriz Helena de Mattos
Araújo Verri. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Maria da Graça Garcia Andrade
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

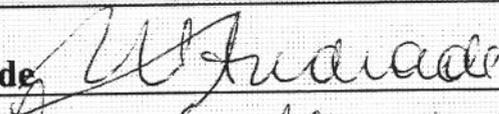
1. Doenças crônicas. 2. Adesão. 3. Serviços de saúde. 4.
Cuidados em enfermagem- planejamento. I. Maria da Graça Garcia
Andrade. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

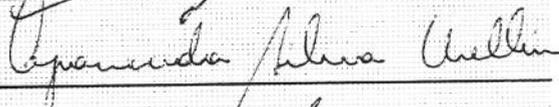
Orientador: Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

Membros:

1. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade



2. Profa. Dra. Aparecida Silvia Mellim



3. Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/02/2001

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, João e Martha,
a quem devo a integridade, o sentido
de família e o apoio em todas as horas.
Este trabalho também é de vocês.*

*Ao meu esposo Luís, por
sempre ter me incentivado
a buscar novas formas de
realizar minha profissão.*

*Aos meus filhos, Mariana e Eduardo:
vocês que são minha força, minha alegria,
meu maior estímulo para seguir sempre em
frente e juntos fazermos de cada dia vivido,
um dia melhor para nossas vidas. Obrigada por
terem compreendido os trabalhos e as ausências.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Graça (Doutora Maria da Graça Garcia de Andrade), pela compreensão das dúvidas e conflitos, pela orientação, pelo carinho e respeito demonstrados em todo o percurso.

Aos demais docentes, funcionários e amigos do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela cooperação e incentivo.

Às prof^{as} Zezé (Dr^a Maria José D'Elboux Diogo) e Beth (Dr^a Elizabeth Smeke), pela grande contribuição prestada por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa.

Às amigas da Área de Enfermagem de Saúde do Adulto e Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da PUC Campinas, em especial à prof^a. Aparecida S. Mellin, pelo companheirismo e amizade.

A todos os amigos que estiveram a meu lado, apoiando de diferentes formas este trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

Aos profissionais do Centro de Saúde Pedro de Aquino Neto, pela disponibilidade e contribuição, em especial à Luzia, Míriam, Valdir, Zezé e Cony.

Meu especial agradecimento aos idosos entrevistados e a seus familiares que abriram suas portas e me deixaram entrar na sua intimidade, e tão interessados e disponíveis, falaram sobre suas vidas. É desnecessário registrar que, sem eles, este trabalho não teria sido possível.

À Coordenadoria de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (Capes), pelo apoio financeiro para a realização do presente trabalho.

	PÁG.
RESUMO	<i>xiii</i>
APRESENTAÇÃO	<i>xvii</i>
1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	23
2. FAMÍLIAS, IDOSOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	31
2.1. Transformações demográficas, econômicas e socioculturais no Brasil recente.....	33
2.2. A família contemporânea.....	36
2.2.1. Modelos de compreensão sobre a família.....	36
2.2.2. Transformações recentes na vida familiar.....	39
2.2.3. A família: natureza e cultura.....	41
2.2.4. Família e pobreza.....	43
2.3. A velhice e sua construção social.....	45
2.3.1. Transformações na compreensão social do envelhecimento.....	45
2.3.2. O idoso e o envelhecer.....	48
2.3.3. O idoso e a família.....	52
2.3.4. Autonomia e independência.....	56
2.4. Idosos e serviços de saúde.....	58
2.4.1. Transição epidemiológica: novos padrões de morbidade e mortalidade.....	58
2.4.2. Adesão aos cuidados de saúde em doenças crônicas.....	61
2.4.3. A enfermagem e o cuidar.....	65

3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	69
3.1. Delimitação do estudo.....	71
3.2. Local do estudo.....	72
3.3. População estudada.....	78
3.4. Primeiras aproximações.....	80
3.5. Coleta de dados e instrumentos utilizados.....	81
3.6. Aspectos éticos.....	84
3.7. Apresentação e análise dos dados.....	84
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
4.1. Caracterização dos grupos estudados.....	89
4.2. Sociabilização do idoso.....	90
4.3. Representações sobre cuidado à saúde e à cura.....	98
4.4. Papel da família e sua participação no cuidado.....	106
4.5. Adesão ao tratamento e controle da doença.....	113
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
6. SUMMARY.....	129
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
8. ANEXOS.....	149



RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, orientada por inquietações vivenciais e teóricas, que se utiliza da abordagem qualitativa, buscando as representações sociais sobre o papel da família no cuidado ao idoso, portador de doença crônica.

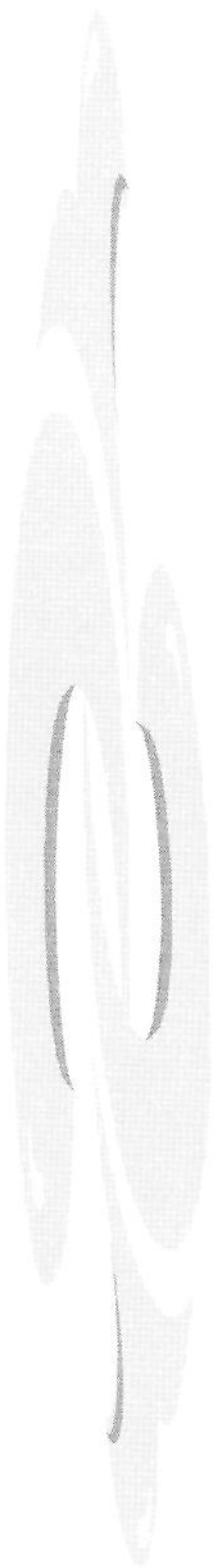
Problematizou-se o papel da família do paciente idoso em razão de seu potencial para facilitar a compreensão das questões que norteiam a doença crônica, a sua terapêutica e controle, como também daquelas que acompanham o processo de envelhecimento, visando uma melhor qualidade de vida num ambiente de cuidado.

Realizou-se uma revisão teórica sobre os temas principais envolvidos na investigação - idoso, família, velhice, atenção às doenças crônicas, aderência e cuidado de enfermagem, - apresentando os aspectos de maior interesse para a construção do objeto de estudo.

O trabalho empírico foi desenvolvido junto à clientela de um Centro de Saúde do município de Campinas, no ano 2000. Foram realizadas entrevistas com idosos portadores de *Diabetes Mellitus*, com seus familiares e com os profissionais de saúde. Foi realizada, também, análise dos prontuários clínicos de todos os idosos entrevistados.

Como principais conclusões, verificamos que o processo de envelhecimento e a doença crônica são inseparáveis, participando, mutuamente, das transformações da vida dos entrevistados. A maioria dos idosos diabéticos sabe que a doença não é curável, mas todos almejam a cura. Observamos alta aderência ao tratamento, e que esta aderência, muitas vezes, não se reflete em controle da doença. Evidenciou-se a magnitude do problema do controle adequado e a importância da assistência multidisciplinar. A família tem um papel reconhecido como importante por todos os componentes da tríade (idosos-famílias-profissionais de saúde), mas não há clareza sobre as estratégias necessárias para um processo de maior inclusão, dos aspectos relativos a ela, na organização do cuidado.

Acredita-se que as reflexões que o estudo suscita podem contribuir para a reformulação de práticas assistenciais, assim como para o ensino e os saberes em Enfermagem.



APRESENTAÇÃO

A gerontologia chama-me a atenção já há algum tempo, quando ainda trabalhava em hospital, mas foi trabalhando na rede básica, organizando grupos de doentes crônicos, observando a aderência ao tratamento, envolvendo a família em alguns cuidados e realizando visitas domiciliares, é que de fato cheguei à conclusão de que gostaria de aprofundar alguns tópicos sobre essa emergente e urgente questão.

Minha intenção inicial seria realizar um inquérito populacional em uma determinada região de Campinas, a fim de caracterizar a população idosa, bem como as relações familiares envolvidas. Dadas as dificuldades de um projeto desse porte, porém continuando fiel à questão da relação família - idoso, meu interesse passou para as práticas educativas que os profissionais de saúde e, particularmente, as enfermeiras realizam cotidianamente nos Centros de Saúde, em que se destaca o atendimento aos idosos com doenças crônicas.

O questionamento que me ocorria era que, em se tratando de orientações que necessitariam, muitas vezes, de mudanças de hábitos já bastante arraigados, o envolvimento da família seria de extrema utilidade para o sucesso da terapêutica instituída.

Ao envolver o serviço de saúde, compondo a tríade família - idoso - serviço, verificamos que a adesão dos clientes à consulta e ao tratamento poderia ser a categoria mediadora da relação entre estes três segmentos.

Ao buscar os estudos existentes de cada componente - família, idoso e serviço, - fomos mergulhando na complexidade destas três esferas e sentimos a necessidade de ir a campo conhecer melhor suas relações.

Nesse momento algumas questões se colocavam: O que representa para a família ter um idoso co-habitando? Quais são as relações de apoio que o idoso realmente tem para ajudá-lo na doença crônica? Qual a percepção que ele e sua família têm com a doença crônica? Como o serviço e o idoso vêem a participação familiar no tratamento? A participação da família é vista como algo importante para a aderência do paciente à consulta e ao tratamento, ou não?

Alguns contatos iniciais, com o objeto trouxeram-nos algumas constatações imprevistas.

Os idosos não eram tão dependentes de suas famílias como acreditávamos, a família talvez tivesse um papel diferente do que imaginávamos, o discurso da equipe de saúde era neutro, sem maiores envolvimento, a aderência ao tratamento talvez não significasse controle da doença. Partindo, então, para uma análise de pacientes que freqüentavam atividades educativas, a questão da relação entre aderência e controle se tornou ainda mais evidente. Como a inquietação inicial surgiu a partir do trabalho com idosos que participavam de atividades educativas dentro do serviço, onde houve a percepção de que essa prática poderia ganhar forças ao envolver a família, optamos definitivamente por trabalhar com os idosos portadores de doenças crônicas que vivenciam atividades de grupo.

Esse trabalho cresceu dentro de um cenário levando-me ao anseio de verificar se, com determinada intervenção, envolvendo a participação da família, haveria melhora na aderência dos idosos ao tratamento; mas, tendo em vista a necessidade de embasar melhor a proposta de intervenção, acreditamos ser mais pertinente, nesse momento, buscar conhecer as concepções, as opiniões, as percepções, ou seja, as representações sobre o papel da família na adesão de pacientes idosos às consultas e ao tratamento da doença crônica, do ponto de vista do idoso, da própria família e do serviço de saúde.

Esperamos, dessa forma, contribuir para a prática educativa multiprofissional em relação aos idosos e suas famílias, tendo em vista as ações relacionadas a sua saúde, à prevenção de complicações e uma melhor qualidade de vida.

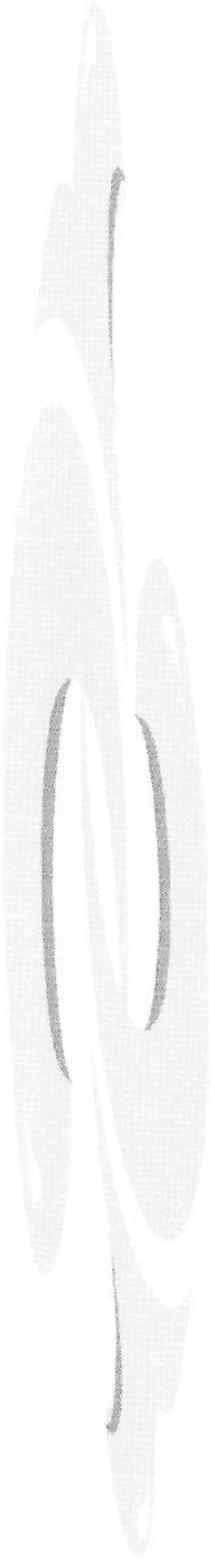
Após a apresentação dessa trajetória inicial, introduzo, em linhas gerais, a problemática que envolve o idoso portador de doenças crônicas, a qual justifica a realização dessa pesquisa, apresentando, também, os objetivos do estudo.

O fato do nosso objeto não estar delimitado exclusivamente pelo campo da saúde, estabelecendo interface com outros campos de estudo, tornou necessária uma revisão teórica abrangente, ainda que isso tenha limitado o seu aprofundamento. Esta revisão

abordou os temas principais da investigação – o idoso, a família, a velhice, as relações paciente-serviço de saúde, a atenção às doenças crônicas, a questão da aderência, o cuidado de enfermagem, – apresentando os aspectos que nos parecem de maior interesse para orientar a construção do objeto de estudo.

A seguir, descrevemos os aspectos metodológicos da investigação, abrangendo a população de estudo, o método, os instrumentos de pesquisa, os procedimentos de coleta e análise dos dados.

Em continuação, são apresentados e discutidos os resultados obtidos. Ao final, tecemos algumas considerações sobre as questões investigadas.



1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Frente às modificações demográficas das últimas décadas, que revelam aumento acentuado e progressivo do número de idosos em todo o mundo, inclusive no Brasil, e, ainda, diante da heterogeneidade das condições socioeconômicas e de vida da população idosa brasileira, torna-se fundamental a atualização e o preparo de profissionais para prestarem assistência efetiva à estes clientes.

A definição de enfermagem gerontológica demonstra com clareza a preocupação com o estudo dos cuidados que devem ser prestados pelo profissional ao idoso. Acentua a relevância de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência até idades mais avançadas na vida. Enfatiza, também, a necessidade dos cuidados de enfermagem para a pessoa idosa; assinala a importância da participação ativa do enfermeiro no planejamento, implementação e avaliação das medidas adotadas, visando o bem - estar do paciente.

Reunindo todo esse conjunto de conhecimentos, a Organização Pan-Americana de Saúde em 1988, estabeleceu requisitos sobre o ensino e a prática de enfermagem gerontológica na América Latina, tecendo considerações a propósito (DIAZ,1996):

- das variabilidades do envelhecimento normal;
- das diferentes maneiras de o indivíduo envelhecer;
- da inter-relação entre fatores culturais, sociais, espirituais, econômicos, psicológicos e biológicos;
- das respostas freqüentemente atípicas dos idosos diante da enfermidade e de seu tratamento;
- dos efeitos acumulados decorrentes de múltiplas enfermidades crônico degenerativas incapacitantes e dos valores culturais associados ao envelhecimento;
- das atitudes que a sociedade tem para com os idosos.

Diante das importantes atribuições do enfermeiro e perante as múltiplas facetas que compõem o perfil do paciente idoso, é que levantamos a questão da aderência.

Em qualquer doença crônica de longa duração, o objetivo do tratamento é o seu controle, de modo a prevenir complicações, outros agravos e, sobretudo, a mortalidade precoce. O alcance desses objetivos permite a melhoria da qualidade de vida com autonomia, se determinados tipos de complicações incapacitantes, parcial ou totalmente, forem evitadas. A aderência torna-se, portanto, extremamente necessária e o suporte, mediado por profissionais que atuam direcionando as discussões, as intervenções e fornecendo informações que favorecem à adesão, é essencial. Para DOMINGUEZ (1989), o cuidado de enfermagem é percebido como apoio eficaz aos programas de atenção dos pacientes crônicos e estimula à atenção adequada aos problemas agudos, sendo um veículo para criar relevância e atender às necessidades mais sentidas pela população que envelhece.

A aderência tem sido uma das questões que preocupa os profissionais da saúde, especialmente na área gerontológica. Aderência ou adesão, traduções do inglês “compliance”, têm, na prática clínica dos serviços de saúde, os significados de concordância, consentimento e submissão. De um modo geral, o uso deste conceito tende a centralizar no indivíduo a responsabilidade pelo cumprimento das ordens médicas e, por conseguinte, culpabilizá-lo pelas complicações clínicas decorrentes do não cumprimento dessas ordens.

Na área médica, a aderência é definida como o cumprimento das recomendações médicas, o qual não se relaciona apenas aos medicamentos, mas também aos hábitos de saúde. Nesse sentido, a não aderência inclui a omissão na ingestão dos medicamentos, os erros cometidos pelos pacientes na dosagem e horário das drogas, e o uso de outros medicamentos sem a prescrição médica (ALONSO, SILVA, CAMPOS, 1991).

Na área de enfermagem, verificamos no trabalho de DIAZ (1996), uma multiplicidade de fatores inter-relacionados que influenciam a não adesão medicamentosa. Dentre eles, assinalam-se os relacionados à ingestão das drogas, à sua farmacocinética e farmacodinâmica, aos quais se associam os psicológicos e sociais.

É importante salientar a amplitude da repercussão da não adesão no paciente idoso, tanto no controle de sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional e em suas conseqüências na qualidade de vida. Embora haja uma tendência em aceitar a não adesão como prejudicial, deve-se avaliá-la e considerar a possibilidade de não adesão inteligente, na qual, sabiamente, o doente livra-se de efeitos e sintomas que seriam maléficos, principalmente diante do fato de a terapêutica plurimedamentosa ser comum em pacientes idosos. Alguns estudos estimam que a não aderência aos regimes prescritos varie de 33% -50% (BRADLEY,1989) ou mesmo, de 10% - 94% (TAYLOR,1990), chegando a se considerar a não aderência como sendo a norma para doenças crônicas.

COSTA et al (1995) afirmam que a falta de adesão ao tratamento é comum nos pacientes com doenças crônicas que fazem uso prolongado de medicamentos. Os autores propõem que uma 'estratégia eficaz' para seu aumento deva incluir o ensinamento de conceitos básicos sobre a doença e a terapêutica. Mas, seria este ensinamento uma estratégia eficaz para a aderência dos pacientes ?

Mantendo fidelidade à questão da relação idoso – família – serviço de saúde e, mais especificamente, considerando o idoso, portador de alguma doença crônica, começa-se a questionar a ação educativa que os profissionais de saúde pública, realizam cotidianamente.

Dentre as várias dimensões do cuidado, presentes nos programas dirigidos aos idosos, considera-se a educação para a saúde uma prática que facilita o desenvolvimento, pelo sujeito, de atitudes voltadas à prevenção de complicações, promoção da saúde e da qualidade de vida.

Ainda com respeito à ação educativa do enfermeiro, COCCO (1991) observa que ela tem sido realizada como prática alternativa na busca de novos caminhos de transformação da realidade. Por meio dela, os enfermeiros esperam obter condições que possibilitem a emergência de uma visão crítica em seu trabalho com a clientela e com outros profissionais da área de saúde. Esta prática, porém, ao contrário do que se espera - a educação para a saúde - caracteriza-se como uma atividade institucional, dado que está integrada nas funções da instituição. Nesse contexto, a representação que os enfermeiros

têm sobre sua prática educativa revela um discurso contraditório, ambivalente, uma vez que, por um lado, ele privilegia o espaço educativo como prática conscientizadora, libertadora, nas questões referentes à saúde, e, por outro, encerra-se em si mesmo, como se sua finalidade fosse meramente informativa (CINTRA,1998).

No estudo de COCCO (1991), a avaliação de alguns enfermeiros revela que os grupos de educação em saúde parecem ter a função apenas de repassar informações sobre os conhecimentos científicos básicos a respeito da patologia dos clientes, o que , por conseguinte, iria traduzir-se em melhora nas condições de suas vidas. Nessa prática educativa, o conhecimento, o saber dito científico pertence ao profissional, enquanto que à clientela, resta-lhe o papel de receptor, elemento passivo que assume uma posição subalterna, de quem nada sabe. Então, como esperar que, através desse repasse de informações, seja obtida uma (trans)formação no comportamento dos clientes em relação ao tratamento? Como estabelecer ‘o que’ informar, para atender às expectativas dos clientes e não dos profissionais envolvidos? Nesse sentido, estariam os enfermeiros educando para a saúde?

Eis uma primeira inquietação motivadora deste trabalho: as práticas educativas que ocorrem rotineiramente nos Centros de Saúde são instrumentos favorecedores para as mudanças de comportamento desejadas frente a uma determinada doença?

Ao enfermeiro é atribuída uma relevante função educativa, mas serão capazes de avaliar, questionar e reformular, quando necessário, com a finalidade de realmente ir ao encontro dos interesses da clientela?

Em algumas áreas, a enfermagem incorporou o ‘correto’ na escolha de programas educativos e mantém a mesma direção, sem adaptações necessárias ou correções. Em muitos grupos de diabéticos, por exemplo, o foco é o controle metabólico e a aderência. O envolvimento do paciente com os programas desta natureza, ainda que muitos deles adquiram um caráter bastante prescritivo, ajuda a desenvolver habilidades, a diminuir o “stress”, resolver problemas e a usar o suporte social.

Entretanto, sabe-se que conhecimentos e habilidades para lidar com a doença, apesar de importantes, não podem ser descontextualizados da situação de vida do idoso e das representações que ele tem sobre sua doença. É fundamental reconhecer que 'saúde' não significa a mesma coisa para cada indivíduo e tampouco tem o mesmo valor.

Os doentes crônicos fazem escolhas diárias sobre a condução do autocuidado, tendo como base para suas decisões as preferências que conformam seu estilo de vida (RAPLEY,1997).

No estudo de CINTRA (1998), a avaliação de idosos portadores de glaucoma revela que, na relação com os interlocutores, o papel do outro tem implicações no processo de significação dos sujeitos e na sua constituição subjetiva. Ser reconhecido pelo 'outro' (qualquer que seja ele) como ativo e interativo, empenhado em conhecer a doença da qual é portador; possibilita ao sujeito a emergência de novas emoções e necessidades, num estado dinâmico de reorganização das experiências e de seu enfrentamento. Estas considerações revelam-se importantes no processo de educação para a saúde, particularmente de idosos, uma vez que, marcados pelo estereótipo de invalidez e de incompetência, são com frequência subestimados neste processo.

Verifica-se, portanto, que há necessidade de ampliar o foco de atenção ao se tratar de idosos portadores de doenças crônicas. Observou-se, em estudos recentes, que 95% de todos os cuidados aos idosos são ministrados pelos cuidadores informais, sendo estes constituídos por cônjuges, filhos, filhas, noras e genros, sobrinhos, netos, amigos, vizinhos. Considerando-se que o grande fornecedor do cuidador informal é, sem sombra de dúvida, o ambiente familiar, a avaliação desse ambiente passa a ter importância no plano terapêutico do paciente (LEME,1996).

Sendo o processo saúde-doença uma experiência em que o contexto e a trajetória de vida influenciam a forma como o indivíduo enfrenta os problemas, o meio social faz parte do conjunto terapêutico; por esta razão, a família deveria ser considerada um elemento participante no cuidado à saúde.

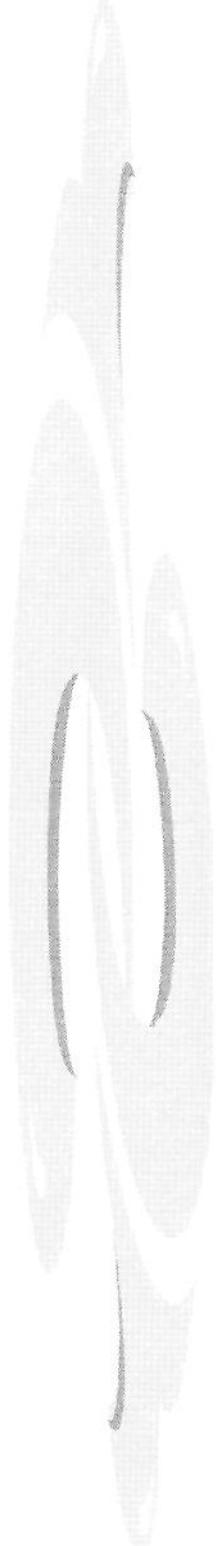
A desconsideração destas questões torna o tratamento de saúde um mero exercício de técnica terapêutica, com reduzido vínculo à realidade social do paciente, vínculo este que poderá ser resgatado a partir do conhecimento mais aprofundado e prático da importância do grupo familiar na vida do paciente idoso.

Partindo destes pressupostos e questionamentos, este trabalho tem como principal objetivo conhecer as representações dos sujeitos dos três segmentos estudados sobre o cuidado à saúde e o papel da família neste cuidado.

Os objetivos específicos são:

- ◆ Identificar alguns aspectos de sociabilização no grupo de idosos estudado.
- ◆ Apreender alguns aspectos das representações sobre o cuidado à saúde, manifestos pelos idosos portadores de doença crônica e por seus familiares.
- ◆ Conhecer a representação dos familiares, idosos e profissionais de saúde sobre o papel da família no cuidado ao paciente idoso.
- ◆ Identificar o grau de adesão ao tratamento e de controle da doença crônica no, grupo de idosos estudado, e alguns fatores relacionados.

Espera-se, assim, iniciar uma aproximação com o universo familiar do idoso, subsidiando o desenho de futuras intervenções, voltadas para eles e suas famílias, com vistas a uma maior eficácia do cuidado à saúde.



2. FAMÍLIAS, IDOSOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1. TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E SOCIOCULTURAIS NO BRASIL RECENTE

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um progressivo declínio de suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados constituem-se na base demográfica para um envelhecimento real da população.

Atualmente, nos países desenvolvidos, o indivíduo vive em média até os 75 anos. A expectativa de vida ao nascimento cresceu em todo o mundo, sendo esse crescimento mais acentuado, nas última décadas, nos países menos desenvolvidos. No Brasil, em 1960, havia uma diferença de 15 anos em relação aos Estados Unidos na expectativa de vida ao nascer. Nos dias atuais, está em menos de 10 anos e a projeção para 2025 será de pouco mais de quatro anos. Este fato provavelmente nos levará, no início do próximo século, a níveis de natalidade e mortalidade compatíveis com qualquer país europeu com estratificação demográfica muito parecida (RAMOS,1993).

O processo de envelhecimento que desponta em nosso país caminha para uma rápida intensificação, principalmente se considerarmos que a transição demográfica se dará em uma faixa de tempo três vezes menor do que aquela que se deu na Europa, que foi em torno de 200 anos. Este fenômeno, ao contrário do que ocorreu nos países mais desenvolvidos, que foi gradual e coincidiu com grandes transformações de ordem sócio econômica, com avanços voltados às condições de vida e bem-estar da população, incluindo-se aí os idosos, surge em um momento de profunda crise econômica, em que as desigualdades e os problemas sociais tornam-se mais intensos (SAAD,1991; RAMOS, 1993).

Entre os 11 países com as maiores populações de idosos daqui a quarenta anos, 8 situam-se na categoria de países em desenvolvimento, de acordo com os critérios atuais. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus, cedendo lugar a países caracteristicamente jovens como a Nigéria, Brasil ou Paquistão. Em termos práticos, esse aumento não tem precedentes. No Brasil, por exemplo, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população

como um todo será de não mais de cinco vezes no mesmo período. (KALACHE, VERAS, RAMOS,1987).

Segundo KALACHE *et al* (1987), o envelhecimento da população é um fenômeno universal, independentemente do fato de o país ser desenvolvido ou não. O que difere são os mecanismos que levam ao envelhecimento. A elevação do nível de vida, a urbanização das cidades, a melhoria da nutrição e das condições de higiene contribuíram como fatores positivos para o envelhecimento, nos países do primeiro mundo já a partir da década de 40. Nos países do terceiro mundo, esses mesmos fatores tornaram-se acentuados a partir de 1960.

O principal problema decorrente do envelhecimento populacional é o aumento da demanda por serviços nos domínios da saúde, educação e benefícios sociais, tanto para o idoso como para suas famílias. Se os indivíduos que envelhecem conseguirem manter a saúde e a autonomia, o impacto individual e social do envelhecimento poderá ser menor. Mas se, ao contrário, a vida for acompanhada por doenças crônicas, dependência muito acentuada, funções deterioradas, os problemas decorrentes poderão se tornar difíceis de ser absorvidos pelo indivíduo, pela família e pela sociedade.

O Brasil, por exemplo, atravessa um processo de mudança na estrutura demográfica bastante acentuado, tendo como principais características a queda da fertilidade, o aumento da expectativa de vida, a diminuição de óbitos devido a causas infecciosas. Tal realidade tem implicações sérias no que se refere ao complexo quadro de morbidade do país, uma vez que, aos problemas já existentes, como a alta incidência de doenças infecciosas, os problemas de saúde na infância e o crescente agravamento dos problemas ambientais e da violência, soma-se o aumento das doenças crônico degenerativas decorrentes do processo de envelhecimento populacional .

Acima dos 65 anos, as doenças crônicas têm freqüência muito elevada, sendo comum a concomitância de diversas patologias deste tipo.

Este quadro demográfico e econômico é agravado pelo fato do Brasil estar se transformando num país essencialmente urbano. As várias correntes de migração interna que se sucederam no país a partir de 1940, levando grandes contingentes rurais para as cidades, acarretaram significativas mudanças sociais expressas nos estilos de vida familiar, nos arranjos domiciliares, nos padrões de nupcialidade, nos valores familiares e nas relações intergeracionais. A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a diminuição na taxa de natalidade e a ascensão educacional dos mais jovens são outros fatores que, associados aos anteriores, determinaram alterações nas formas tradicionais de conviver com idosos. Essas alterações podem ser fonte de sentimentos de desamparo, desprestígio, quando os idosos passam a se sentirem inúteis no novo ambiente (LUCENA, 1988).

No início da formação da sociedade brasileira, o patriarcalismo era a forma dominante de composição familiar. O domínio do patriarca estendia-se para além do próprio núcleo familiar, abrangendo afilhados, compadres, protegidos escravos e agregados. Nos séculos XVIII e XIX, esse homem atingia o apogeu de seu prestígio e poder em torno dos 50 anos (SILVA,1994). Os filhos gravitavam em volta da casa paterna, onde os velhos eram o centro das atenções. De uma certa maneira, este padrão de vida familiar e os valores a ele associados se mantiveram intactos em certas regiões do país, de forte tradição agrária. A migração de grupos provenientes dessas regiões para outras industrializadas ou em vias de industrialização, nas quais eles se alocaram, principalmente nas periferias de grandes centros urbanos, foi marcada por fortes conflitos de valores, que se refletiram especialmente na vida familiar.

Diversos autores abordam a importância do relacionamento familiar na terceira idade, tanto em casos de idosos sadios como doentes. MONTGOMERY (1992) afirma que as relações do idoso com sua família, estando ele em casa ou em uma instituição, é fato crucial para sua vida. GONÇALVES (1992) identifica em seu estudo que, no Brasil, o apoio ao idoso tem se restringido essencialmente à esfera familiar.

Observa-se que o envelhecimento populacional é uma realidade irreversível, que o idoso, independentemente de sua condição socioeconômica, recorre à família em busca de apoio, e que, internacionalmente, o que vem ocorrendo é o suporte mútuo do

sistema formal (profissional) e informal (familiar), visando um trabalho colaborativo para prover cuidados físicos e sociais nessa fase de vida.

2.2. A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

2.2.1. Alguns modelos de compreensão sobre a família

Ao longo dos séculos, várias tentativas de sistematizar reflexões sobre a família têm ocorrido, contribuindo para a constituição de alguns modelos de compreensão sobre ela.

POSTER, 1981 ressalta em sua análise que “a história da família é descontínua, não linear e não homogênea. Consiste, isto sim, em padrões familiares distintos, cada uma com sua própria história e suas próprias explicações”.

Desde Freud, a família e, em especial, a relação mãe-filho tem aparecido como referencial explicativo para o desenvolvimento emocional da criança. A descoberta de que os anos iniciais de vida são cruciais para o desenvolvimento emocional posterior focalizou a família como o *locus* potencialmente produtor de pessoas saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e equilibradas, ou, por outro lado, como o núcleo gerador de inseguranças, de desequilíbrios e de toda sorte de desvios de comportamento.

Sem desconsiderar a inegável influência das inter-relações pessoais na infância e adolescência, podemos considerar essa família descrita acima, como aquela composta por pai, mãe e algumas crianças vivendo numa casa. Essa imagem corresponde ao modelo que é o da família nuclear burguesa.

As interpretações das inter-relações passaram a ser feitas no contexto da estrutura proposta por esse modelo e, quando a família se afastava da estrutura modelar, era denominada ‘desestruturada’ ou incompleta, apontando-se os problemas emocionais que poderiam advir da deseestrutura ou incompletude. O foco estava na estrutura da família e não na qualidade das inter-relações.

Pode-se supor que, ao aceitar o modelo de família burguesa como norma e não como um modelo construído historicamente, aceita-se implicitamente seus valores, regras, crenças e padrões emocionais.

Segundo ARIÈS , até o século XV a família era:

... uma realidade moral e social, mais do que sentimental... A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem. (ARIÈS, 1975:231)

Com o surgimento da escola, da idéia de privacidade, da preocupação de igualdade entre os filhos e de manutenção das crianças junto aos pais, e da valorização da família pelas instituições (principalmente a Igreja), no início do século XVIII começa a delinear-se a família nuclear burguesa.

Para os estudiosos da área de Psicologia, houve uma transposição, para a vida social, de valores anteriormente circunscritos ao espaço familiar. Com o tempo, “a vida familiar estendeu-se a quase toda a sociedade, a tal ponto, que as pessoas esqueceram de sua origem aristocrática e burguesa.” (ARIÈS, 1975:271) Esqueceram, também, da origem histórica dos valores, crenças e normas inerentes a esse modelo de família. Aceitaram, como verdade estabelecida, a relação baseada na “... hierarquia e subordinação, poder e obediência...”, com a autoridade masculina no topo e conseqüentes relações entre desiguais. Aceitaram fixar o mundo externo como espaço masculino e a casa, como feminino (MATURANA,1993).

Fora desse contexto, as famílias são consideradas ‘incompletas’ e ‘desestruturadas’. Essas são as mais responsabilizadas por problemas emocionais, desvios de comportamento do tipo delinquencial e fracasso escolar.

Do lado das famílias, esse mesmo viés é repetido. Supõe-se ou aceita-se, irrefletidamente, um modelo imposto pelo discurso das instituições, da mídia e até mesmo de profissionais, que é apresentado não só como o jeito ‘certo’ de se viver em família, mas também como um valor (SZYMANSKI, 1997).

A mensagem do 'discurso 'oficial' sobre a família é perfeitamente captada pelas pessoas. Expressa-se no seu discurso e pode ser sinteticamente descrita como se segue:

Uma união exclusiva de um homem e uma mulher, que se inicia por amor, com a esperança de que o destino lhes seja favorável e que ela seja definitiva. Um compromisso de acolhimento e cuidado para com as pessoas envolvidas e expectativa de dar e receber afeto, principalmente em relação aos filhos. Isto, dentro de uma ordem e hierarquia estabelecida num contexto patriarcal de autoridade máxima que deve ser obedecida, a partir do modelo pai-mãe-filhos estável (GOMES,1988).

Além disso, o mundo familiar é palco de múltiplas interpretações. Produz teorias ambíguas e incompletas que descrevem aquele mundo particular de relações. Exemplos de tais generalizações: "mulheres são..."; "homens são ..."; "os filhos devem ..."; "só existe amor se ... houver concordância irrestrita" ou "... se o afeto fôr demonstrado de tal ou tal maneira" ou "se eu fôr sempre boazinha, concedendo sempre"; "casamento é ...", e assim por diante. Esse discurso é construído em cada mundo familiar, dando-lhes uma feição própria, mesmo que sob um só modelo.

Cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando uma 'cultura' familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos, além do universo pessoal de significados. Tais significados, no cotidiano, não são expressos. O que se tem são ações que são interpretadas num contexto de emoções entrelaçadas com o crivo dos códigos pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções e interpretações geram ações que vão formando um enredo cuja trama compõe o universo do mundo familiar (SZYMANKI,1997).

A família que emerge da análise da observação do cotidiano familiar - a família vivida - sinteticamente pode ser descrita da seguinte forma:

Um grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as criança e idosos que aparecerem nesse contexto." (GOMES,1988)

Essa concepção foi construída a partir da observação do cotidiano vivido de algumas famílias que diferiam muito quanto à estrutura, história, modos de comunicação e expressão de emoções. Procuraram-se os elementos comuns presentes em todas as famílias e chegou-se à concepção acima. O que se observou também nesse estudo, não foi a reflexão sobre as possibilidades de se viver uma outra proposta de família, mas um sentimento de inadequação (GOMES,1988). A família que se construiu, a vivida, apareceu como um caminho indesejado, com um caráter de 'não escolhido', mas de 'imposto' pelas vicissitudes da vida, ou seja, o viés do modelo de família nuclear burguesa com conotação normativa. A tendência teórica atual é distanciar-se de propostas rígidas de modelos e, conseqüentemente, de prescrições preestabelecidas.

O mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as eventualidades que a vida vai trazendo. Desconsiderar isso é ter a vã pretensão de colocar essa multiplicidade de manifestações sob a camisa de força de uma única forma de emocionar, interpretar, comunicar (SZYMANSKI,1997).

2.2.2. Transformações recentes na vida familiar

Não há dúvidas sobre o fato de que boa parte das famílias está mudando. Em que medida estas mudanças significam a renovação do(s) modelos(s) já existentes ou a emergência de novos modelos?

Apenas a título de exemplo, pode-se especular sobre as implicações e significados das separações e recasamentos e sobre as concepções de família e parentesco, pois surgem novos *status* familiares aos quais correspondem novos papéis e que ainda não dispõem de nomenclatura em nossa classificação de parentesco. Existiria, em curso, algum processo de normatização social dessas novas relações familiares?

Por exemplo, que tipos de relações são esperadas entre a criança e o segundo marido de sua mãe? E que relação se estabelece entre um filho que mora com a mãe e a prole da segunda família de seu pai? Quem é parente, quem não é parente?

Aqui, a reflexão teórica demanda novas informações empíricas. É extremamente necessário revisitar os papéis sociais e o parentesco, incorporando, porém, nesta revisitação, a perspectiva das relações de gênero. Tudo indica que as mudanças na organização da família estão se dando, fundamentalmente, a partir das mudanças na condição feminina, que termina por afetar, também, os papéis masculinos. Assim, é preciso um reexame dos papéis sexuais na família que incorpore também sentimentos, vivências e percepções masculinas.

Do lado do parentesco, por muito tempo nossa visão ficou ofuscada pelos ecos da teoria parsoniana: a imensa mobilidade espacial da população brasileira nas últimas décadas e o fato de ser a maioria dos domicílios, em nosso país, ocupada por famílias nucleares, levaram-nos a relegar o estudo do parentesco a um segundo plano e terminamos por igualar família a grupo doméstico. Certamente, a residência isolada de um casal e sua prole tem um significado profundo e efeitos concretos na dinâmica das relações familiares e nas suas condições materiais de existência. Contudo, há que se observar que, nas novas condições criadas pelo aumento dos divórcios, separações e recasamentos, criam-se relações complexas entre domicílios. Por outro lado, estudos qualitativos tem evidenciado a importância persistente da rede de parentesco pelo menos em duas situações: na migração e na circulação de crianças (FONSECA,1982). Precisar quais relações estão se estabelecendo entre unidades domésticas e como estas relações interferem no modo como estão sendo elaboradas novas percepções de família é uma tarefa empírica fundamental para a análise teórica.(BILAC,1997).

Na hipótese de que as recentes mudanças, empiricamente observáveis conduzam à conclusão de que está em curso um processo de destruição do modelo familiar institucional, cabe perguntar se tal processo corresponde à desinstitucionalização da reprodução (BILAC,1997).

Esta hipótese começa a ser enunciada por alguns autores e parece guardar uma profunda relação com a alta cotação do individualismo nas sociedades contemporâneas. De forma simplificada, a família não é mais vista como organizada a partir de normas dadas, mas sim fruto de contínuas negociações e de acordos entre seus membros e, nesse sentido, sua duração no tempo depende da duração de acordos. Conseqüentemente, como são frutos

de escolhas individuais e negociações interindividuais, as vidas familiares serão cada vez mais idiossincráticas e fluidas. Ao enfatizar a capacidade de negociação dos sujeitos individuais na família, é necessário levar em conta as diferenças de poder e desigualdades entre homens e mulheres, adultos e crianças, velhos e jovens, diferenças que são socialmente construídas e normatizadas (BILAC,1997).

Outra implicação, bastante relevante do ponto de vista das políticas sociais, é supor que, em todos os grupos sociais, a capacidade de negociação dos indivíduos e de controle do seu próprio destino e do destino de suas família seja a mesma. Em situações terceiro-mundistas como a nossa, nas quais as dificuldades econômicas e políticas são imensas, as conseqüências sociais deste tipo de perspectiva podem ser desastrosas (GOLDANI,1989).

Caberia perguntar se, com tantas dúvidas e tantos aspectos a serem examinados, é possível chegar-se a uma teoria da família. Acredita-se que uma abordagem da família que dê conta deste objeto, em nossos dias, deveria ser, necessariamente, uma construção transdisciplinar.

2.2.3. Família: natureza e cultura

Na família dão-se fatos básicos da vida: o nascimento, a união entre os sexos, a morte. É a esfera social mais naturalizada pelo senso comum, na qual parece que tudo se dá de acordo com a natureza, porque a família regula atividades de base biológica, como o sexo e a reprodução humana. A família se constitui, então, um terreno privilegiado para estudar a relação entre a natureza humana e a cultura.

A família será a concretização de uma forma de viver os fatos básicos da vida; ela se relaciona com o parentesco, mas não se confunde com ele. O parentesco é uma estrutura formal que resulta da combinação de três tipos de relações básicas: a relação de consangüinidade entre irmãos; a relação de descendência entre pai e filho e mãe e filho; e a relação de afinidade que se dá por meio do casamento. Esta é uma estrutura universal, e qualquer sociedade humana se forma pela combinação destas relações. A família é o grupo social concreto através do qual se realizam estes vínculos (SARTI,1997).

No mundo contemporâneo, as mudanças ocorridas na família relacionavam-se com a perda do sentido da tradição. Vivemos numa sociedade na qual a tradição vem sendo abandonada como em nenhuma outra época da História. Assim o amor, o casamento, a família, a sexualidade e o trabalho, antes vividos a partir de papéis preestabelecidos, passam a ser concebidos como parte de um projeto em que a individualidade conta decisivamente e adquire cada vez maior importância social.

A afirmação da individualidade sintetiza o sentido das mudanças atuais, o que tem implicações evidentes nas relações familiares, fundadas no princípio da reciprocidade e da hierarquia. Este processo foi impulsionado basicamente pelas mulheres, a partir de um fato histórico fundamental: a possibilidade de controle da reprodução, que permitiu à mulher a reformulação do seu lugar na esfera privada e sua participação na esfera pública (SARTI,1997).

Um dos problemas de nossa época é o de compatibilizar a individualidade e a união familiar. As pessoas querem aprender, ao mesmo tempo, a serem sós e a serem juntas. Para isso, têm que enfrentar a questão de que, ao abrir espaço para a individualidade, necessariamente se insinua uma ou outra concepção das relações familiares (SARTI,1997).

A família é uma esfera social marcada pela diferença complementar, tanto na relação entre o marido e a mulher, quanto entre os pais e os filhos. O caráter relacional da família corresponde à lógica de sua própria constituição. Embora comporte relações de tipo igualitário, ela implica autoridade, pela função instituinte da regra na socialização dos filhos. O que se põe em questão, com a introdução da individualidade, não é a autoridade em si, mas o princípio da hierarquia no qual se baseia a autoridade tradicional.

Há, portanto, duas áreas em que as mudanças incidiram de forma significativa, alterando a ordem familiar tradicional: a autoridade patriarcal e a divisão de papéis familiares, modificando substancialmente as relações entre o homem e a mulher e aquelas entre os pais e filhos no interior da família (GIDDENS,1993).

Os papéis sexuais e as obrigações entre pais e filhos não estão mais claramente preestabelecidos. Os sujeitos não estão mais subordinados no todo. Com isso, a divisão sexual das funções, o exercício da autoridade e todas as questões dos direitos e deveres na

família, antes predeterminadas, hoje são objeto de constantes negociações, sendo passíveis de serem revistas (SARTI,1997).

2.2.4. Família e pobreza

A política social no Brasil não tem logrado alterar o quadro de pobreza e exclusão da população . Ao contrário, observa-se, a cada década, a ampliação das taxas de desigualdade social, ao mesmo tempo em que a concentração de renda atinge índices insuportáveis.

A crescente interdependência causada pela globalização da economia e os conseqüentes ajustes econômicos ocorridos nos últimos dez anos em nosso país tem colocado a família brasileira em acelerado processo de empobrecimento, alterando profundamente sua estrutura, seu sistema de relações, papéis e formas de reprodução social.

Um crescimento baseado no aviltamento salarial, seguido de forte recessão e alto processo inflacionário, em conjunto com da modernização tecnológica na produção, defasou enormemente os ganhos familiares nas últimas décadas, lançando ainda no subemprego, ou desemprego, grandes contingentes de chefes de família (CARVALHO,1997).

Nesse contexto de pobreza generalizada, forma-se uma sociedade de consumo de massa pobre e desigual, cujo impacto sobre a família e seus membros ainda não foi avaliado suficientemente. A mulher tem tido um significativo papel no mundo do trabalho, e o adolescente ingressa cada vez mais cedo no mercado, abandonando precocemente a escola para reforço da renda familiar.

O grupo familiar maximiza as chances de garantir a sobrevivência dos membros que têm baixos rendimentos, mesmo que, em conjunto, a renda *per capita* tenha seu valor reduzido. O papel do chefe de família, função até então quase exclusivamente masculina, tem, progressivamente, sido assumido pelas mulheres, representando 19,5% no nordeste e 18,6% no sudeste (BRASIL,1991).

Quando não são constituídas por mulheres sós e seus filhos, as famílias são freqüentemente formadas por unidades familiares múltiplas ou ampliadas por agregados. Nessas circunstâncias, o termo família acaba designando agrupamentos sociais bastante diferentes entre si.

A família nuclear é, praticamente, substituída pela ampla, formada por conterrâneos. A solidariedade conterrânea e parental é a condição primeira, também no meio urbano, para sua sobrevivência em situação de pobreza e discriminação. A ausência de privacidade, a promiscuidade da co-habitação são, de alguma forma, compensadas pela cumplicidade e solidariedade.

Constata-se que a família tem sido uma ilustre desconhecida nas diretrizes e programas propostos pela política social brasileira. Em realidade, as atenções, hoje voltadas a ela, são extremamente conservadoras, inerciais, só justificáveis no contexto da cultura tutelar dominante. Exemplo disto é a enorme resistência a programas de complementação de renda familiar, já existentes como prática social há dezenas de anos, em vários países do mundo. Outro exemplo é a nítida preferência por abrigar, em 'orfanatos' e casas-abrigo, crianças abandonadas ou sob risco de abandono. Programas de guarda de crianças em família substitutas, na própria comunidade, são opções correntes em outros países. Não ocorrem, no entanto, por resistência à complementação da renda familiar necessária para a família substituta, também pobre, que acolhe essa criança (CARVALHO,1997.)

Esses exemplos instigam-nos à reflexão sobre a atenção às famílias no Brasil. De fato, os maiores abandonados são, hoje, as próprias famílias e não suas resultantes: crianças precocemente internadas em abrigos, meninos/as de rua. Os serviços/benefícios de proteção à família dão-se em nível municipal, mas dependem necessariamente de diretrizes nacionais (CARVALHO,1997).

A priorização da família, na agenda da política social, deveria envolver programas de geração de emprego e renda, complementação de renda familiar, rede de serviços comunitários de apoio psicossocial e cultural, e atendimento a pequenas demandas de justiça.

No âmbito da política de saúde, ela tem sido, mais recentemente, considerada uma das diretrizes de intervenção, do que é um exemplo o Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde. Há um expressivo incentivo político-financeiro para a implementação de programas desta natureza, o que tem provocado o aumento significativo de municípios que passam a incorporar esta lógica de atenção.

2.3. A VELHICE E SUA CONSTRUÇÃO SOCIAL

2.3.1. Transformações na compreensão social sobre o envelhecimento

O entendimento de que as etapas da vida representam investimentos culturais, realizados ao longo do processo de nascimento, crescimento, maturação e morte, constitui o ponto de partida para analisar a velhice como construção social. Há muitas questões inter-relacionadas a ser levadas em conta a partir dessa compreensão, tais como a relação entre processos biológicos e processos culturais, a utilização da idade cronológica como marcador para definir as etapas da vida, porém é pertinente trazer à discussão a questão dos significados atribuídos à velhice (PIRES, 1998).

MASCARO (1993) considera a velhice como um fato objetivo presente em todas as sociedades. Ao considerar que todas elas, de antemão, identificam uma fase da vida como sendo a velhice e que as variações, dadas pela história ou pelo lugar, referem-se ao conteúdo desta fase, a autora classifica a velhice em épocas e culturas distintas. Mapeando os significados atribuídos à velhice, MASCARO(1993) traça uma comparação, tornando possível estabelecer relações de continuidade, conferidas à velhice, desde a Antigüidade até as sociedades atuais.

A separação da velhice em pólos, em regra, constitui uma verdadeira armadilha para a reflexão. Em primeiro lugar, abre caminho para comparações, que são feitas a partir de situações totalmente diferenciadas, tendo por base um critério valorativo. Além disso, busca-se destacar apenas um dos lados da questão, ao invés de pensar o processo de envelhecimento integrando seus diferentes aspectos.

Na crítica à essa perspectiva de polarização, COLE (1992) mostrou as razões históricas que fundamentaram sua formação na sociedade americana e que viria a marcar a constituição da velhice como um problema social.

Para o autor, a percepção social da velhice, na cultura americana recente, dá-se em termos da separação entre aspectos positivos e negativos. COLE (1992) demonstra que as atitudes positivas e negativas em relação à velhice são fruto de uma história social e cultural comum. Seu livro, entre outras coisas, pretende estabelecer uma genealogia que traça a longa transição entre o que ele considera uma visão existencial, em que não havia esta separação, para uma científica, que passa a dividir a velhice naqueles dois aspectos.

Não se trata de uma análise que identifica uma superação de uma visão pela outra, mas, por meio de uma abordagem histórica, o autor procura situar os períodos em que a visão existencial ou científica torna-se hegemônica.

- *Visão existencial*

De acordo com COLE (1992), os calvinistas do Século XVIII foram responsáveis pela formação de uma visão integrada da velhice, regulada por princípios religiosos, sociais, de hierarquia, de dependência e de obrigações recíprocas, em que a percepção dos irreparáveis sofrimentos e as enfermidades da idade permaneciam culturalmente aceitáveis. De acordo com os velhos ideais calvinistas (que persistiram em algumas áreas até a metade do século XIX), a velhice normalmente envolvia deteriorações físicas, mentais e morais. O sofrimento e as doenças crônicas desta etapa eram considerados como parte do castigo do homem pelo pecado de Adão. O prolongamento da vida e a atitude na velhice eram considerados um ‘favor distintivo’ de Deus, uma rara exceção aos males irreparáveis à natureza humana. Para o autor, os calvinistas tinham uma visão integrada da velhice, que abrangia tanto as vicissitudes físicas do envelhecimento como o prolongamento saudável da vida. A primeira condição era tida como um castigo e a segunda como uma graça de Deus.

Enquanto os ‘velhos’ calvinistas tinham essa visão integrada, os seus sucessores, os revivalistas, criaram uma visão dualística da velhice. COLE (1992) mostra como essa visão dualística da velhice, oriunda do universo religioso, se desenvolve a partir do século XIX.

Entre 1830 e 1870, começou a haver, sobretudo nas escolas americanas, orientações sexuais, higiênicas e de fisiologia humana que produziram uma exaltação da saúde individual, tendo por base um conhecimento médico. Este tipo de movimento ficou conhecido como a reforma da saúde.

Segundo COLE (1992), os reformadores da saúde misturaram algumas virtudes do calvinismo (como o autocontrole, a racionalidade, a disciplina e a frugalidade), com a noção de higiene pessoal e fundaram um método de autoridade baseado na independência individual. Os reformadores dividiram a velhice entre saúde e auto confiança, por um lado, e decadência e dependência, por outro, com a disciplina individual podendo garantir a conquista de um lado e o afastamento do outro. O prolongamento de uma vida humana saudável foi uma das principais intenções dos reformadores da saúde, uma vez que a longevidade era um emblema e uma recompensa por uma vida correta.

O trabalho dos reformadores gerou uma legitimação e um interesse pela longevidade, desde que saudável, e atitudes evasivas, hostis e de vergonha em relação aos declínios físicos do envelhecimento. O autor identifica nesta nova ‘moralidade civilizada’ o início daquilo que irá caracterizar o significado da velhice a partir do final do século XIX e grande parte do século XX: sua separação em dois pólos, um positivo e outro negativo e seu ‘tratamento científico’.

- ***Tratamento científico da velhice***

No final do século XIX, segundo o autor, a velhice já era tratada como um período da vida distinto, do ponto de vista clínico. Entre 1909 e 1935, reformadores sociais, acadêmicos e assistentes profissionais americanos ofereceram um estereótipo do velho como doente, pobre e incapaz de manter-se sozinho. Este tipo de apreciação sobre a velhice implicou na criação de novos programas de assistência social, custeados pelo Estado, e de especialistas que começam a se formar tendo como referência o fato de que os mais velhos eram realmente necessitados e incapazes de viver sem assistência.

O tratamento científico da velhice gerou um saber especializado. Os fundadores da moderna gerontologia e da geriatria baseavam-se na idéia de que a descoberta de leis da normalidade e da patologia eram passíveis de aplicação na velhice. A biologia da velhice era tratada de forma ‘cientificamente neutra’, como uma esfera que pode ser separada de percepções culturais ou de valores. A formação de uma literatura especializada em gerontologia e geriatria ajudou, segundo o autor, a completar uma mudança de longo prazo entre uma abordagem que encarava a velhice como um mistério, ou como um problema existencial, para uma que a trata como um problema científico e técnico.

A cisão da velhice em dois pólos aparece no texto de COLE (1992) como sendo o produto de uma determinada situação histórica. Não se pode, portanto, naturalizar a velhice ou criar um modelo histórico do que seria a velhice positiva ou negativa. A constituição da velhice como uma categoria, dentro da classificação científica das populações, ou como um período da vida distinto, do ponto de vista clínico, é muito recente. Nesse sentido, é perceptível que será na transformação da velhice em uma questão ‘científica’ que iremos observar a importância do comportamento individual (do corpo e das emoções), na definição da última etapa da vida (PIRES,1998).

2.3.2. O idoso e o envelhecer

O idoso, em várias épocas e culturas, já ocupou desde o anonimato até posições significativas na sociedade. Mesmo em tempos remoto, o fator determinante do seu bem-estar e prestígio já era ligado, não só ao seu papel religioso e político no grupo, como também às suas condições econômicas . Em algumas culturas da Antigüidade, ele era tido como sábio detentor de poderes e crenças, sendo merecedor de todo o respeito. No período pré- industrial, de um modo geral, era mantido integrado na organização familiar, formada por um grupo de pessoas que vivia sob o mesmo teto, sendo protegido e amparado, ocupando uma posição de destaque.

Na sociedade capitalista, o idoso vem sendo marginalizado, na medida em que seu ritmo de produção torna-se mais lento. Vários parâmetros são utilizados para se considerar um indivíduo como idoso. Dentre eles, os mais freqüentes são a idade cronológica, os aspectos psicológicos, os sociais e os funcionais do indivíduo. No entanto, não podemos esquecer que o envelhecimento não se manifesta de forma homogênea, ocorrendo de modo diferenciado, de acordo com vários fatores individuais e socioculturais. Quando levamos em consideração a capacidade funcional, o conceito de envelhecimento cronológico tem uma relevância menor, pois, como afirma CANÇADO (1992), o organismo, além de ser uma programação genética, sofre também as conseqüências dos impactos dos hábitos de vida e do meio ambiente a que foi submetido.

Segundo NERI, 1991 o curso da vida pode ser visto em termos de movimento de expansão e contração, havendo, na sua primeira metade tendência à expansão. A partir da meia-idade passa a dominar uma contradição entre esses movimentos. No entanto, a sensação de não haver alcançado os objetivos da própria vida, mais do que o declínio biológico, pode ser responsável pela dificuldade de ajustamento na velhice. À medida que a vida se torna mais longa, as pessoas se tornam mais diferenciadas umas das outras e as que atingem 60 anos ou mais, de um modo geral, não desejam ser jovens novamente, embora possam desejar sentir-se jovens. Na realidade o que almejam é envelhecer com serenidade e com a certeza de que apreciaram bem as experiências da vida (NEUGARTEN, 1985).

YASAKI (1991) considera que a situação do idoso é função de três variáveis: independência econômica, autonomia física e autonomia emocional. As três variáveis resultam do investimento que cada indivíduo pode fazer no decorrer de sua vida, isto é, seu estágio de desenvolvimento na terceira idade é conseqüência do passado de cada um, que depende não só do próprio idoso, mas também da interação com a família e a comunidade. O grau de dependência física ou econômica reflete-se no seu atual poder de decisão no ambiente familiar. Quando não tem independência, tende a delegar poder a outro membro da família, que tenderá a ampará-lo de acordo com as conveniências, necessidades e disponibilidades da vida intrafamiliar. Uma vez dependente desse apoio, o idoso pode acabar isolado e se sentir discriminado.

Em nossa sociedade, os significados de velho e velhice são, comumente, associados a doenças, a perdas, a incapacidade, a dependências. O processo de envelhecimento é permeado por sentimentos de inutilidade e segregação, muitas vezes dificultando o enfrentamento dos novos eventos e reduzindo as expectativas de vida.

Gerontólogos chamam a atenção para a importância de se estabelecer uma diferença entre os significados de envelhecimento e velhice, visto que, embora correspondam a um mesmo fenômeno, eles representam faces diferentes de uma mesma moeda.

Velhice, que já significou apenas a expressão visível do processo biológico do envelhecimento ocorrido nas pessoas, ou então o tempo marcado pelas limitações físicas, sensoriais e mentais, assumiu outro sentido após as revoluções industrial e burguesa, de inspiração capitalista. A velhice, de maneira distinta da que é vista atualmente, não era:

um sinônimo de improdutividade, de decadência, de superação(...), não era um período esperado com grande temor individual, pelas incertezas e preocupações que poderia despertar. Não era uma condição temida pelos idosos em função dos cuidados e proteção que deveriam receber, já que tal responsabilidade era algo perfeitamente esperado e aceito dentro da família (JORDÃO NETTO, 1997, 74).

Analisando os significados de velho e velhice, NERI (1991) afirma que, sendo de caráter ideológico a atuação de profissionais de diferentes áreas junto a idosos, contribuiu de forma decisiva para o estabelecimento e a perpetuação de mitos, preconceitos e estereótipos ligados à velhice. Para a autora, "o fenômeno da velhice tem múltiplos significados, contextualizado por fatores individuais, interindividuais, grupais e socioculturais". O papel do conhecimento científico, também contextualizado por esses fatores, torna-se, assim, fundamental na atribuição de significados a esse objeto, à medida que justifica, explica e legitima determinadas práticas e atitudes em relação à velhice "como se houvesse um conhecimento objetivo sobre uma realidade dada, e universal... porque descrita cientificamente"(NERI, 1991).

Refletindo sobre o envelhecimento humano e seu enfrentamento, JORDÃO NETTO (1997) apresenta um debate entre as duas principais abordagens psicológicas, às quais define como clássica e progressista. Contrapondo-se à perspectiva clássica, que

destaca a importância do progresso de adaptação do indivíduo que vivencia o envelhecer, a abordagem progressista critica a forma simples de ajustamento do sujeito aos novos eventos. Considera, também, que a adequação passiva das pessoas que estão envelhecendo pressupõe a aceitação de todos os preconceitos e estereótipos estabelecidos contra elas, o que resulta em conformar-se com as perdas e restrições impostas aos idosos, no plano psicológico e social. Esse debate mostra a tendência em deslocar a ênfase no processo de envelhecimento como o de simples adaptação ao sistema social, para o questionamento dessa postura e luta pela sua transformação.

As pessoa idosas, de um modo geral, são mais vulneráveis a certas doenças. No entanto, a restrição de atividades não é tão comum como se pode imaginar, considerando-se que 8 entre 10 idosos não têm deficiências que restrinjam a prática da maioria delas (MORGAN & MORENO,1979). Sabe-se, também, que geralmente a inteligência não é afetada e que o declínio nas funções intelectuais e as deficiências na memória se tornam mais comuns na velhice, principalmente por questões afetivas, sociais e ambientais, mais do que por questões biológicas (NERI,1990).

É, efetivamente, tênue a separação existente entre saúde e doença no indivíduo idoso. Seu diminuído limite funcional, em múltiplos órgãos, pode levá-lo a deficiências orgânicas só perceptíveis em condição de estresse. Assim, podemos considerar o idoso como portador de limitações orgânicas, ou seja biológicas, inerentes à sua condição. Por outro lado, esta mesma condição geralmente leva a uma maior e mais rica experiência e história de vida, caracterizando uma maior riqueza biográfica. Dada a condição pessoal do homem que é, ao mesmo tempo, um ser biológico e biográfico, poderíamos inferir, sem grande margem de erro, que a condição pessoal do idoso é tal que se apresenta com uma pobreza biológica e uma riqueza biográfica em relação aos indivíduos jovens (LEME,1996).

YASAKI(1991); RAMOS(1991) e CANÇADO(1992) relatam que, embora muitos aspectos possam ser comprometidos com o avançar da idade, a situação habitual do idoso é aquela em que:

- em geral , o estado de saúde é melhor que o assumido;
- em geral, os idosos são vigorosos;
- a dependência e a institucionalização são mais exceção do que regra;
- a maioria dos idosos residentes na comunidade está cognitivamente intacta e completamente independente.

Segundo QUEIROZ (1988), quando ocorrem dificuldades, os problemas que acometem os idosos expressam-se, sobretudo, nas seguintes esferas:

- social: ausência da família, solidão.
- habitacional: ausência de um lar, má acomodação.
- econômica: falta absoluta de recursos, aposentadoria ou pensão insuficientes.
- psicológica: estado de dependência, perda da capacidade de liderança.
- cultural: analfabetismo ou instrução rudimentar, dificuldades de convivência com pessoas mais jovens.
- sanitária: doenças crônicas, dificuldades de locomoção, incapacidade física e/ou mental.

Portanto, os problemas que costumam aparecer na velhice são decorrentes da interação de múltiplos fatores (MORGAN,1979 & NERI,1990).

2.3.3. O idoso e a família

Um aspecto comum relacionado ao envelhecimento é a presença de gerações interdependentes, isto é, a noção de uma geração cuidando de outra, em que o papel da família continua importante, embora sofrendo transformações.

Nos dias atuais, a família que tem um idoso em sua companhia defronta-se, às vezes, com questões de difícil solução. Um dos grandes problemas reside exatamente em proporcionar cuidados, afeto e proteção a um ser que poderá se tornar progressivamente dependente. Em caso de carência econômica, de problemas de relacionamento e de dificuldade real de desempenhar tarefas, pode ocorrer que o amparo aos idosos torne-se um verdadeiro problema para as famílias.

Como no Brasil prevalece a idéia de que a família deve se responsabilizar pelo idoso, e como, paralelamente, existem escassos recursos de apoio complementar que possam ajudá-lo, nesse momento, muitas vezes a proteção ao idoso transforma-se num sério problema, agravado pela relativa desestruturação da própria rede de apoio familiar em decorrência das migrações e da urbanização (YASAKI,1991).

HÔTE (1988), questiona se existe mesmo um verdadeiro problema social nas relações entre parentes idosos e jovens, ou se o baixo nível de renda não seria mais determinante que os conflitos entre as gerações. Ou seja, a família talvez não dê a assistência necessária, sobretudo porque ela mesma não dispõe de recursos necessários.

Segundo COSTA (1992), no Brasil, a ampla maioria de pessoas com mais de 60 anos reside com famílias com renda *per capita* inferior a um salário mínimo.

RAMOS (1991) verificou que os idosos, em sua maioria, vivem em domicílios multigeracionais, muito embora esse arranjo domiciliar apareça mais como estratégia de sobrevivência do que como opção cultural de cunho afetivo. Os domicílios multigeracionais parecem garantir ao idoso os cuidados de que necessita, mas não garantem o apoio afetivo, nem o bem-estar físico e psicológico, principalmente aos mais dependentes.

Muitos estudiosos da área de gerontologia têm feito pesquisas envolvendo o relacionamento intergeracional, por perceberem que este é um aspecto que não pode ficar em segundo plano, quando se pensa em promover melhores condições de vida não só para o idoso, como também para sua família. O ritmo de vida, nos dias atuais, associado ao uso da televisão como lazer, nas horas vagas, contribui para que as pessoas, embora convivendo sob o mesmo teto, mal se vejam, quase não sobrando tempo para desenvolver um hábito tão salutar - conversar entre si - que pode propiciar o entendimento de muitas situações e colaborar, provavelmente, para um melhor relacionamento.

O idoso, na maioria das vezes, no âmbito familiar e social não desempenha um papel tão passivo como se costuma imaginar. GREENBERG & BECKER (1988), em estudo realizado sobre seu papel como recurso da família, observaram que muitos pais idosos são suportes para os filhos, quando estes experimentam situações estressantes, como divórcio, dependência de drogas, distúrbios emocionais, dentre outros. Segundo os autores, estes pais são fortemente afetados pelos problemas dos filhos e estão freqüentemente muito envolvidos. Chamam a atenção, ainda, para o fato de que as atividades de apoio, quando existem, são dirigidas geralmente para a família nuclear que se defronta com estes problemas, mas não se estende à família extensa, isto é, não envolve, nesse apoio, os pais idosos e os avós.

PRATT *et al* (1989) estudaram a influência dos filhos nas decisões das mães idosas no que se refere à saúde, finanças e domésticas. Nesse trabalho, constataram que as pessoas idosas recebem uma quantidade significativa de conselhos de seus filhos e que os membros da família são influentes na rede de decisões do idoso. O mesmo estudo relata que as idosas se comportaram, de um modo geral, com o que se chamou de 'autonomia consultiva', ficando com a decisão final, após consultarem a filha. A autora sugere que a filha pode promover a autenticidade nas decisões da mãe, tornando-se uma observadora atenta dos valores e preferências da mesma, considerando-se que a sua influência é baseada largamente no conhecimento íntimo das preferências da mãe. Sugere, também, que programas educacionais para idoso e família devem levar em consideração o profundo envolvimento da filha cuidadora nas tomadas de decisão das mães, uma vez que existe uma clara evidência da sua influência nessas decisões.

Um estudo realizado por MERCIER, PAULSON, MORRIS (1989), que pesquisaram a influência da distância geográfica entre pais e filhos, constataram que, quando filhos e filhas moram longe dos pais, são as filhas que tradicionalmente mantêm contato com o sistema familiar através de cartas, telefonemas e visitas. São também as filhas que assumem o papel de cuidadoras, quando se faz necessário. Diferenças entre as interações dos filhos e filhas com os pais tornam-se menos acentuadas, quando ambos vivem perto dos pais. No entanto, o filho, quando mora perto dos pais, geralmente se torna cuidador à revelia, por falta de opção (SILVA, 1994).

É interessante observar que, na quase totalidade das pesquisas consultadas, a convivência dos idosos é muito mais acentuada com filhos ou parentes do sexo feminino, que são também aqueles que tradicionalmente mantêm contatos com o sistema familiar, assumindo naturalmente o papel de cuidador, quando isso se torna necessário.

O planejamento familiar e o controle de natalidade, estimulados pelo governos e pelas sociedades, como já mencionamos, constituem-se em fatores que contribuíram para o aumento da população idosa. Hoje, convivemos com parte de um efeito paralelo, isto é, mais idosos em famílias menores, o que se tornou objeto de estudos de pesquisadores interessados nos problemas relacionados à velhice.

Tanto é que estudos como o de UHLENBERG & COONEY (1990), sobre os efeitos do tamanho da família na relação mãe-filho, constataram que o número de irmãos é preditor, não só na frequência da comunicação, como da sua qualidade. Embora a comunicação seja mais freqüente entre mãe e filho com menos irmãos, a qualidade dessa comunicação é melhor, quando o número de irmãos é superior a dois. As mães, com mais filhos, estão mais propensas a receber assistência deles e a encará-los como uma fonte potencial de cuidados. Segundo o autor, a partir dessas considerações, pode-se pensar que o tamanho da família pode vir a ser um preditor importante da avaliação do nível de cuidados individuais para idosos no futuro.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se distinguir cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de certa forma, perderam sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. Deste modo, os cuidados são prestados por pessoa ou agências contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, freqüentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional da pessoa idosa.

De acordo com CANTOR (1991), o papel da família continua sendo muito importante para a pesquisa gerontológica, muito embora esteja mudando. É importante considerar as novas possibilidades de oferta de cuidados formais ao idoso no lar, que estão surgindo em países do primeiro mundo, substituindo os fornecidos pelo membros da família. No entanto, sugere o autor que os cuidados formais e informais não devem ser polarizados, isto é, devem manter interação que possa direcionar o idoso para a sua independência e auto-aprimoramento, ao mesmo tempo assegurando uma assistência concreta, quando se fizer necessária. A família continuará a desempenhar um importante papel, mas muitas de suas funções atuais podem ser divididas com a comunidade. Portanto, o sistema informal (família) e o formal (profissional ou comunitário) devem ser suportes mútuos, trabalhando cooperativamente e em sintonia para prover cuidados físicos ou sociais nessa fase da vida.

2.3.4. Autonomia e independência

Autonomia e independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população idosa.

Saúde, antes definida como ausência de doença, tem sido reconceituada, para significar um estado positivo de bem-estar. As concepções atuais de saúde implicam considerá-la em sua positividade, muito além, se suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela e morte. Saúde é vista atualmente, como, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um modo de 'andar a vida' prazeroso, seja individual, seja coletivamente (MENDES,1999). Isto significa que um indivíduo, mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar suas atividades, de alcançar expectativas e desejos, de se manter ativo em seu meio, ter alguma atividade social e efetivar projetos. Saúde seria, assim, a capacidade de um indivíduo ou de um grupo continuar exercendo funções em seu meio físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com ela (PASCHOAL,1996).

Se saúde fôsse ausência de doenças, a partir de determinada idade poucos seriam saudáveis, pois , à medida que se envelhece, surgem as doenças crônicas. Nesse quadro de sua prevalência aumentada, o maior objetivo da prática clínica deve ser a manutenção da qualidade de vida do indivíduo. Uma situação que se observa com frequência é a de idosos portadores de doença crônicas que se vêem como também portadores de boa saúde. Julgam-se assim porque têm autonomia e podem executar independente e satisfatoriamente suas atividades do dia a dia, exercitando seus direitos e deveres de cidadãos.

Na velhice, uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção ou à restauração da autonomia e independência, que são definidas respectivamente, como: autonomia – capacidade de decisão, de comando; independência – capacidade de realizar algo com seus próprios meios (PASCHOAL,1996).

EVANS (1984) chama de autonomia “o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras”, e coloca que, para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como um objetivo global, pois podemos restaurá-la por completo, mesmo quando o indivíduo continua com dependência. Uma senhora com fratura do colo de fêmur, que ficou restrita a uma cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia totalmente, apesar de não ser totalmente independente.

VAN DEN HEUVEL (1976) afirma que “a dependência sempre se refere a uma relação social”. Ela, portanto, não é um atributo individual, mas sim , de indivíduos em relação a outros. Um indivíduo pode ser incapaz por si só, mas será dependente sempre de outro.

ANDERSON (1971) dá uma definição geral mais abrangente: “dependência é um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros), para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas”.

A dependência está presente ao longo de todo o curso de vida, não sendo atributo da velhice; o que difere nas idades avançadas é que ela se amplia e multiplica, e tende a ser permanente ou definitiva. Não se deve esquecer que a dependência se dá dentro de um contexto cultural em que há normas e expectativas sociais.

A importância do estado funcional para o idoso repousa em sua associação com a sensação de bem-estar dos indivíduos, em sua utilidade como um preditor de saúde e de consumo de serviços sociais e em seu impacto sobre a família e a sociedade.

Se as políticas sociais e de saúde conseguirem promover a habilidade funcional da população idosa e construir um sistema adequado de suporte para ela, poder-se-á aumentar a chance de uma velhice saudável e de uma vida com mais qualidade.

2.4. IDOSOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.4.1. Transição epidemiológica - novos padrões de morbidade e mortalidade

O conceito de ‘transição epidemiológica’ refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações, demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; 2) deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (FRENK *et al*, 1991).

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De um modo geral, a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população. Estes ‘sobreviventes’ passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população: ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e, mesmo por vizinhos latino-americanos, como Chile, Cuba e Costa Rica.

Alguns aspectos caracterizam este novo modelo: não há transição, mas superposição entre as etapas, quando predominam as doenças transmissíveis e as crônico-degenerativas; há a reintrodução de doenças, como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras, como malária, hanseníase, tuberculose e leishmaniose, indicando uma situação cuja natureza pode ser denominada de ‘contratransição’; o processo não se resolve de maneira clara, fazendo com que a morbi-mortalidade persista elevada por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; as situações epidemiológicas de diferentes regiões, em um mesmo país, tornam-se contrastantes (FRENK *et al*, 1991).

De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes. Um estudo realizado por HORAN (1993) mostrou que, em média, o número de condições crônicas aumentava de 4,6 para 5,8 entre os 65 e 75 anos de idade. No inquérito domiciliar no qual RAMOS (1993) traçou o perfil dos idosos em área metropolitana da Região Sudeste do Brasil, verificou-se que mais de 80% dos entrevistados referiram pelo menos uma doença crônica; sendo que mais de 30% apresentavam três a quatro doenças e, aproximadamente 15%, cinco ou mais doenças crônicas.

Apontadas as razões que levaram as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) a ocupar posição de destaque para a saúde da população dos países em desenvolvimento, neste final de milênio, caberia a pergunta – o que são DCNT? Segundo JENICECK & CLEROUX (1987), são doenças caracterizadas por :

- história natural prolongada;
- multiplicidade de fatores de risco;
- interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos;
- longo período de latência, longo curso assintomático;
- curso clínico em geral lento e prolongado;
- manifestações clínicas com período de remissão e exacerbação.

Nesse contexto, cabe destacar a grande expressão e alta prevalência da hipertensão arterial (HA) e *diabetes mellitus* (DM).

A hipertensão arterial tem sua importância isolada mas, principalmente, pela sua participação no conjunto das doenças cerebrovasculares, das doenças isquêmicas do coração e de outras doenças cardíacas, como causa de morte de homens e de mulheres. No Brasil, as doenças cerebrovasculares ocuparam a primeira causa específica de morte de homens e mulheres entre 1979 e 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). A HA é capaz de cercear a vida de pessoas em pleno período produtivo ou torná-las inválidas ou incapacitadas. Como doença isolada, constitui-se no maior problema médico-social no país, é a primeira em incidência e prevalência de invalidez e é a quarta doença causadora de licença de longa duração (COSTA,1993).

A prevalência da HA é baixa na faixa etária entre 15 e 30 anos, porém, a partir daí aumenta, atingindo o seu ponto máximo nas faixas entre 50 e 60 anos, começando a declinar e a estabilizar a partir desta idade (LESSA,1993). Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992), estima-se que cerca de 15% dos indivíduos com 20 anos e mais sejam hipertensos, o que significa, aproximadamente, 12 milhões de brasileiros hipertensos. A HA, juntamente com outros fatores de risco, está relacionada diretamente a cerca de 2/3 dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, doenças isquêmicas do coração e doenças cérebrovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1993).

O *diabetes mellitus*, juntamente com a HA, é considerado uma das principais doenças crônicas da atualidade. Sua importância, nas últimas décadas, vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como maiores taxas de urbanização e industrialização, sedentarismo, obesidade, aumento da esperança de vida e maior sobrevivência dos diabéticos (LESSA ,1998).

A tolerância à glicose diminuída é uma condição de maior risco, tanto de evoluir para o diabetes como desenvolver doença arteriosclerótica. A tolerância à glicose diminuída tem prevalência de 7,8% (semelhante ao do diabetes) e representa uma situação em que as medidas de intervenção podem apresentar grande impacto, modificando sua evolução.

Estima-se que, no Brasil, existam 5 milhões de diabéticos, dos quais metade desconhece o diagnóstico. Do total de casos de diabetes, 90% são do tipo 2 ou não dependente de insulina, os outros são insulino dependentes. A prevalência do diabetes é semelhante entre homens e mulheres e aumenta, consideravelmente, com o progredir da idade. Dados brasileiros mostram que a prevalência varia de 2,6% para o grupo etário de 30-39 anos, até 17,4% para o grupo de 60 - 69anos (CAMPINAS,1998).

Para o controle dessas duas doenças crônicas, DM (*diabetes mellitus*) e HA (hipertensão arterial), são imprescindíveis mudanças no estilo de vida, pois o tratamento medicamentoso tende ao insucesso se a dieta não for adaptada, o peso não for o ideal ou quando outros fatores de risco, associados ao estilo de vida, uma vez presentes, não forem abolidos ou reduzidos.

Um obstáculo importante na prevenção das complicações é a não adesão do cliente ao tratamento e às orientações, comprometendo sua eficácia. Faz-se necessário, portanto, enfrentar o grande desafio, que é manter o paciente portador de doença crônica em tratamento a longo prazo.

Nesse âmbito, há a necessidade de desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pela tradução em ações práticas das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

2.4.2. Adesão aos cuidados de saúde em doenças crônicas

A adesão corresponde ao grau de seguimento dos pacientes à orientação médica; a adesão pode referir-se ao tratamento, às consultas, ou a ambos. A não adesão ao tratamento e às consultas corresponde ao abandono (FLETCHER,1989).

Como duas doenças comuns na população adulta, de longo curso assintomático, responsáveis por grande demanda para tratamento ambulatorial e hospitalar e por grande parcela de óbitos, os afetados pela HA e pelo DM apresentam problemas semelhantes no que diz respeito à adesão, pois são doenças cujos tratamentos prolongam-se por toda a existência, a partir do diagnóstico de certeza. Outra similaridade importante é a participação dos mesmos elementos do estilo de vida, enquanto fatores de risco para sua instalação e complicações : obesidade, sedentarismo, dietas hipercalóricas e etilismo. Sobre estes fatores recairão muitos dos esforços para o controle da doença. Adesão e não adesão (ou não aderência) ao tratamento da hipertensão arterial têm sido objeto de milhares de investigações nos países desenvolvidos, mas somente 37 foram encontradas nas indexações procedentes dos países em desenvolvimento (HOMEDES & UGALDE,1994).

Em relação à não adesão, muitas são as polêmicas sobre os reais motivos que levam a tal comportamento. SACKETT (1985), um dos mais importantes investigadores na questão da “compliance”, refere que a adesão à consulta alcança 75% quando o próprio paciente faz o agendamento e cai para 50% quando o médico o faz; orientações para mudanças no estilo de vida, como a dietoterapia, só são seguidas por 30% dos pacientes e somente 10% dos fumantes não doentes conseguem abolir o hábito, quando para isso orientados.

Das inúmeras razões referidas para a não adesão ao tratamento de doenças crônicas, como a hipertensão, a grande maioria também pode aplicar-se ao diabetes do adulto, pelo menos teoricamente, naqueles aspectos relacionados ao próprio paciente, aos fatores socioeconômicos e aos serviços de saúde, uma vez que essas duas doenças apresentam muitos aspectos em comum. Porém, segundo LESSA (1998), não é difícil admitir que a adesão dos diabéticos seja ainda mais problemática que a dos hipertensos, pois, pela natureza da patologia, seu tratamento é muito mais complexo que o da hipertensão, além do que suas complicações incapacitantes são mais variadas. Muitos diabéticos necessitam tratar-se com insulina, que é injetável e cara, ao passo que os hipertensos só necessitam de tratamento injetável em urgências hipertensivas. Mais de 50% dos diabéticos são também hipertensos, o que dificulta ainda mais suas dietas, favorecendo a não adesão. Outra diferença que desfavorece os diabéticos, é que muitos deles necessitam

fazer, glicemias capilares em suas residências, ou, então, pesquisa de cetonúria ou glicosúria.

Ainda, segundo LESSA (1998), para aderir a orientações dessa natureza é necessário um bom nível de escolaridade, renda que permita realizar aqueles procedimentos e, sobretudo, conhecimento adequado da doença e de suas complicações, a aceitação e disciplina rígida. Com base nessas afirmativas, pressupõe-se, de imediato, que dificilmente os diabéticos inseridos nos respectivos programas de saúde pública do Brasil alcançarão controle satisfatório.

Em relação ao controle, o que se observa é a ênfase dada ao controle glicêmico dos pacientes diabéticos, o que tem resultado em falta de atenção a outros fatores de risco, como hipertensão arterial, tabagismo, hiperlipidemia, que juntamente com hiperglicemia e hiperinsulinemia, determinam o destino das pessoas com diabetes ou intolerância à glicose (TUOMILEHTO,1989).

Os motivos para não - adesão, tanto na hipertensão, quanto no diabetes, podem ser atribuídos à : atitude pessoal; problemas relacionados ao serviço de saúde; ao médico ou à equipe de saúde; questões sociais e econômicas; reações adversas ao tratamento; estágio da doença /existência de complicações ou presença de co - morbidade.

O fato da hipertensão arterial e *diabetes mellitus* serem doenças crônicas faz com que os profissionais de saúde enfrentem um grande desafio, que é manter o paciente em tratamento a longo prazo (MILLER, WIKOFF, HIATT, 1992). Este mesmo autor estima que o percentual de pacientes que se mantém nos programas de tratamento, por um período de um ano, esteja em torno de 40 a 50 %, e, entre aqueles que conseguem permanecer em tratamento, a taxa de abandono é de cerca de 20 a 30%.

Para que se obtenha adesão ao tratamento da HA e DM, alguns pré requisitos são importantes (LESSA,1998):

- educação do paciente quanto à sua condição patológica e quanto ao tratamento;

- regime terapêutico individualizado (mesmo que inserido em programas);
- existência de reforço psicológico;
- promoção de suporte social;
- trabalho em equipe multiprofissional.

O conteúdo desses aspectos foi apresentado em um relatório do comitê do National Institute of Health (EUA) sobre HA, em 1993. Baseando-se nas causas de falta de resposta à terapia, o relatório enfatiza a necessidade de interação entre o profissional ou a equipe multidisciplinar e o paciente, para propiciar a adesão a longo prazo. Esta participação inclui discussão sobre estratégias para modificação do estilo de vida e a escolha de dieta, incentivo para esclarecimento de dúvidas existentes, reforço aos resultados positivos que ele venha apresentando, procurando sempre envolver membros da família para que contribuam com o paciente para sua adesão (NIH,1993).

Em estudos recentes de enfermeiras da Universidade da Califórnia, são destacadas a importância da detecção de pacientes não aderentes, bem como estratégias que favoreçam a adesão de pacientes idosos, que, por terem alta prevalência de doenças crônicas com longa duração e com complexo regime terapêutico, são os mais susceptíveis à não aderência (KEELING, SHUSTER, BOYLLE, 1993).

São destacadas as estratégias educacionais nas quais, além do paciente, a família deve ser orientada quanto a todos os aspectos do regime terapêutico: estratégias comportamentais e intervenções no suporte social. Mais uma vez é citada a importância do envolvimento de seus membros na educação do paciente, em programas de automedicação, pois a intervenção e a iniciação do tratamento com aliança entre idoso, família e profissional de saúde favorecem a comunicação e a satisfação necessárias para o paciente aderir integralmente.

Como se pode verificar, a questão da adesão é bastante complexa, sendo influenciada por inúmeros fatores, muitos dos quais não foram abordados aqui. Porém, a aderência ao tratamento de pacientes idosos acometidos de doenças crônicas é um assunto

atual, importante e, apesar de muitos estudos citarem o envolvimento da família como fator positivo para “compliance”, nenhum trabalho abordando especificamente esta questão foi realizado.

A adesão ao tratamento coloca em evidência a necessidade de conhecimentos e conscientização sobre sua importância. Com efeito, é através da consulta de enfermagem cuidadosa, visando aprofundar-se nas múltiplas questões que envolvem a adesão, é que poderemos tentar resultados positivos. Os programas de educação à saúde, especialmente os grupos educativos mostram-se também fundamentais para que, além da informação e orientação, estabeleça-se um canal efetivo de comunicação, com qualidade afetiva, com partilha e motivação entre os seus interlocutores, numa dinâmica que possibilite a emergência de necessidades e de emoções.

2.4.3. A enfermagem e o cuidar

O que é cuidar? O que é cuidado? Sendo o cuidado objeto da enfermagem, encarado como algo muito maior do que um ato físico, com uma grande conotação de atenção, preocupação, responsabilidade, torna-se relevante trazê-lo para a nossa discussão.

Cuidar/cuidado faz parte do vocabulário na vida cotidiana de qualquer pessoa. É usado para alertar, para prevenir, para promover cura, para preservar a vida e ajudar no crescimento e desenvolvimento de qualquer ser vivo. Para COLLIÈRE (1989) cuidar é uma ação singular que fazemos a nós próprios desde que adquirimos autonomia; trata-se de um ato recíproco que prestamos a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir suas necessidades vitais.

Já o cuidado profissional é aquele que ocorre quando são necessárias ações e atitudes baseadas em um tipo de conhecimento que vai além do popular, o conhecimento científico e técnico. Para LEININGER (1984), cuidado profissional tem um componente cognitivo cultural, aprendido, oferecido sob a forma de serviço por meio de técnicas, padrões e processos de cuidado que capacitam ou ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou obter uma condição favorável de saúde ou modo de viver.

NIGHTINGALE (1989) foi a primeira enfermeira a estabelecer uma denominação e um conceito formal para a prática de enfermagem: a profissão de enfermeiro que teve início com a promessa de cuidar de doentes, mas aí um cuidar com uma conotação própria desta profissão, diferenciado do cuidado que todos os seres humanos têm consigo e para com os outros.

O cuidado é considerado como objeto e essência do trabalho da enfermagem. É visto como fenômeno ligado ao comportamento de prestar ajuda, dar apoio ou capacitar, voltado para outra pessoa, com necessidades evidentes e antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana. (HENDERSON, 1960; KING, 1981 OREM, 1985; WATSON, 1989;). Para MORSE (1990), trata-se de emoção que motiva a enfermeira para agir, sendo essencial para um bom profissional. PATRÍCIO (1990) o vê como um produto, uma troca entre as pessoas, caracterizando-o como um serviço que o cliente deseja, precisa e que podemos e queremos oferecer-lhe.

Cuidado aparece como tendo muitos atributos. Para FRY (1990), haveria três, sendo o primeiro caracterizado como um modo de ser no mundo; o segundo, seria pré-condição para o comportamento de cuidado, e o terceiro como um ideal moral e/ou social.

Para que este cuidado aconteça, o enfermeiro utiliza-se do processo de cuidar.

O processo de cuidar é visto como uma aproximação antropológica, em que se procede um encontro entre duas ou mais pessoas, detendo, cada uma delas, elementos do processo de cuidados; é uma construção específica de cada situação, cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes de cada situação, decodificando-as com a ajuda de conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar.

Os indivíduos trazem para a relação de cuidado uma história de vida única, e ambos são influenciados e afetados pela natureza da transação, a qual torna-se parte da história de cada pessoa. Neste senso da transação de cuidado, este passa a ser um ideal moral e um processo, mais que uma técnica. Vincula um compromisso com um objetivo particular de proteção, engrandecimento e preservação da humanidade da pessoa. Esta transformação ajuda a restaurar a dignidade, o interior, a harmonia, e o potencial para cura (WATSON,1989).

Para que se realize o processo de cuidar, o paciente necessita participar ativamente de seu processo de recuperação e se esforçar para alcançar novas qualidades de vida. Desejar e ter esperança são pontos de projeção do cuidado. Desta forma, o cuidado põe em evidência o ser livre.

BOFF (1999) sugere:

Não busquemos o caminho da cura fora do ser humano. O ethos está no próprio ser humano, entendido em sua plenitude que inclui o infinito. Ele precisa voltar-se sobre si mesmo e redescobrir sua essência que se encontra no cuidado .

Hoje, na crise do projeto humano, sentimos a falta clamorosa de cuidado em toda a parte. Suas ressonâncias se mostram pela má qualidade de vida, pela penalização da maioria empobrecida da humanidade, pela degradação ecológica e pelo aumento exacerbado da violência (BOFF,1999).



3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa realizada teve caráter exploratório e, partindo de inquietações vivenciais e teóricas, utilizou-se da abordagem qualitativa para conhecer melhor alguns aspectos das relações idoso-família, idoso-serviço de saúde e família-serviço de saúde. A aproximação deste objeto multifacetado foi realizada a partir das falas dos sujeitos, buscando suas representações sobre o papel da família no cuidado do idoso portador de doença crônica.

O conceito de representação social com que se trabalhou apóia-se, sobretudo, naquele elaborado pela Sociologia Compreensiva, de Max Weber (1974), e pela Fenomenologia.

WEBER* (1985) lançou mão de termos como ‘idéias’, ‘concepções’ e, principalmente, da noção de ‘visão de mundo’ para construir o conceito de representação social, salientando a importância do conhecimento das idéias para a atribuição de significados à vida social.

Já a Fenomenologia, representada sobretudo pelo pensamento de SCHUTZ** (1979), utiliza o termo ‘senso comum’ na elaboração do conceito de representação social; nela, o cotidiano, as experiências que ele contém e sua elaboração subjetiva ganham relevância. O mundo do dia-a-dia passa, assim, a ser portador de significados para os grupos sociais (MINAYO, 1992).

Minayo afirma que as representações sociais, “enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, são um material importante para a pesquisa no interior das Ciências Sociais (....) Sua mediação privilegiada, porém, é a linguagem do senso comum, tomada como forma de conhecimento e de interação social (....) É fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia das classes sociais e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições.” (MINAYO, 1992).

* WEBER, M. apud MINAYO, M.C.S.- O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1992, p 161-65

** SCHUTZ, A. apud MINAYO, M.C.S. - O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1992, pp161-65

De acordo com SPINK (1995), a forma mais comum de acessar as representações são as técnicas verbais, o que se dá, particularmente, quando se realizam estudos no nível individual, pois os de caráter mais geral podem servir-se de documentos e outros tipos de registros.

3.2. LOCAL DE ESTUDO

As questões que embasam e norteiam esta pesquisa apontam o Centro de Saúde como campo de especial interesse para a realização do trabalho empírico. Contaram nessa escolha alguns fatores, como vivência profissional da pesquisadora, o fato da unidade básica de saúde ser o local onde, freqüentemente, os pacientes idosos fazem o seguimento clínico de suas doenças crônicas, a proximidade do serviço com a comunidade e, ainda, a existência de grupos educativos e de vivência com participação de equipe multidisciplinar.

O município proposto é Campinas, cenário de nossa atuação profissional.

◆ Situando o município onde se realizou o estudo

Campinas, município sede da região metropolitana, conta com aproximadamente 930.714 habitantes (IBGE, 1996). Possui perfil epidemiológico e problemas de um grande centro urbano. Considerado o segundo parque industrial do Estado de São Paulo e com muitas empresas na área de prestação de serviços, é a terceira praça em movimento bancário do país e um pólo de ciência e tecnologia (três universidades e vários centros de pesquisa). Sua população apresenta desigualdades econômicas e sociais, convive com aumento da violência e do desemprego, com dificuldades de transporte urbano, com problemas ambientais e de saneamento básico.

Concentra, ainda, uma rede privada de serviços de saúde de alta complexidade e faturamento, sendo antiga referência regional e estadual. É um instigante e rico exemplo de cidade a ser pesquisada, devido à sua história na área de Saúde Pública:

Foi um dos municípios vanguardistas na implantação do Sistema Único de Saúde, construindo uma rede de serviços públicos que vem se consolidando, há mais de duas décadas.- Por sua cultura institucional, com acúmulos e marcas deixadas pelos vários governos municipais; - pela sua capacidade instalada, quantidade e qualificação de seus trabalhadores; - por sua característica política-gestora, em razão de sua complexidade, seus atuais problemas no campo da gestão, seu processo de trabalho e resolutividade; - devido às necessidades de saúde da sua população, com complexo quadro de morbimortalidade, que apresentam novas e antigas doenças, as da pobreza e as da riqueza.

O sistema público de saúde é constituído por uma rede básica com 43 centros de saúde, 1 hospital municipal com 176 leitos, 4 pronto-atendimentos e 3 policlínicas de especialidades. Conta, também, com Núcleos de Vigilância à Saúde descentralizados nos 5 distritos sanitários, envolvendo Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Meio ambiente e Zoonoses, e vários serviços especializados: Centro de Referências em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; Centro de Orientação Sorológica; Serviço de Reabilitação Física; Serviços de Atendimento Domiciliar; Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); Centros de Apoio Psicossocial; Ambulatório de planejamento familiar; Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição; Centro de vivência infantil; Laboratório de análises clínicas; Centro de Referência de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente; Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde; e Centro de Referência à Saúde do Trabalhador.

A Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com 2 hospitais universitários (PUCCAMP E UNICAMP), com 2 serviços de Saúde Mental (Cândido Ferreira e Tibiriçá), além de mais 6 hospitais privados (CAMPINAS,1998).

Uma das características de Campinas a ser valorizada é que, desde a década de 70, foi e ainda é palco de um significativo Movimento Popular de Saúde (MPOS), assim denominado no 1º Seminário Saúde e Participação Popular, em 1987. Trata-se de grupos de diversos bairros que se aglutinaram para reivindicar implantação de Postos de Saúde, saneamento básico ou garantia de acesso e melhoria da qualidade dos equipamentos já existentes (SMEKE, 1989). Suas lutas resultaram na conquista das construções, por exemplo, do CS São Marcos, Santa Lúcia, Pedro de Aquino e outros, além de reformas e ampliações de várias outras unidades.

◆ A unidade básica de saúde

O serviço escolhido para nossa investigação foi o Centro de Saúde Prof. Dr. Pedro de Aquino Neto, local de nossa atuação, também conhecido como Centro de Saúde Balão do Laranja. Ele está localizado no Jardim Campos Elíseos, região noroeste da cidade. Sua área de abrangência atinge os bairros do Jardim Novo Campos Elíseos, Jardim Anchieta, Jardim Ipiranga e parte do Jardim Paulicéia, totalizando aproximadamente 21.000 habitantes. O C.S. integra o eixo da “Dunlop”, sob gerência do Distrito de Saúde Noroeste.

Quanto às condições de saneamento, a área de abrangência do CS apresenta números bastante satisfatórios, sendo servida de água em 100% das residências, esgoto e pavimentação asfáltica em 95% das ruas, ainda que não contem com estes últimos benefícios alguns aglomerados populacionais. São nestes aglomerados onde se evidenciam os maiores riscos ambientais: ruas sem asfalto, habitações insalubres, esgoto a céu aberto, como também população submetida aos riscos do tráfico de drogas e à violência decorrente deste fator. A área de abrangência da unidade não sofre, há mais de 5 anos, processo de invasão de terrenos em locais públicos ou privados, uma vez que está totalmente povoada.

Possui, aproximadamente, 300 estabelecimentos comerciais e 100 prestadores de serviços. Sua população está inserida no mercado de trabalho principalmente nas áreas de comércio, indústria, prestação de serviços e atividades informais. Conta apenas com escolas de 1º grau, sendo uma estadual e duas municipais. Existem, ainda, 4 igrejas de diferentes denominações religiosas e três organizações não governamentais. A região é carente de equipamentos sociais, como creches, bibliotecas, centros esportivos e praças públicas.

A população da área de abrangência do Centro de Saúde é procedente, principalmente, das Regiões Norte e Nordeste do país, norte do Estado do Paraná e interior do Estado de São Paulo. Sua ocupação está ligada, sobretudo, ao setor terciário da economia, envolvendo o comércio e a prestação de serviços, muitas vezes trabalhando no mercado informal. A renda *per capita* média é de ½ salário mínimo (PINTO,1995).

Quanto ao perfil de morbi-mortalidade, as causas mais freqüentes de morte estão relacionadas às doenças cardiovasculares, às causas externas e às doenças do aparelho respiratório, com 55,3% dos óbitos ocorrendo entre os maiores de 50 anos. O coeficiente de mortalidade infantil é de 19,2 por 1000 nascidos vivos (CAMPINAS, 1999).

Em um estudo de morbidade, por grupo populacional, realizado nessa área de abrangência, em 1995, destacaram-se as doenças infecciosas e parasitárias, do sistema osteomuscular, do aparelho circulatório e das glândulas endócrinas e do metabolismo (PINTO, 1995).

A Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) atua no Jardim Campos Elíseos desde a década de 80, quando uma pequena equipe de professores assistentes, dos cursos de Medicina e de Enfermagem, começaram a atender a população local em uma casa alugada. Após doze anos prestando assistência no bairro, com o crescimento da demanda e com a pressão do movimento popular, em 1993 ocorreu a construção do atual Centro de Saúde. Essa expansão resultou em um salto de qualidade para o serviço, propiciando, dentre outras coisas, grande expansão no número de atendimentos, incorporação de outros cursos da área de saúde, e a implantação do serviço de Saúde Bucal.

Em relação ao modelo assistencial, o histórico deste CS revela-se muito próximo daquele dos demais C.S. da rede básica de Campinas. Os Postos de Saúde municipais, desde sua implantação, incorporaram o atendimento à demanda por atenção individual, inicialmente utilizando-se de práticas simplificadas e de agentes de saúde selecionados entre os próprios moradores das áreas atendidas. Atendiam em casas alugadas e tinham muita vinculação com a população local, seja pela postura dos médicos envolvidos nos projetos, seja pela forma de seleção e treinamento das auxiliares de saúde. Com o aumento da demanda, e em virtude das transformações que foram se processando na política de saúde do país, o modelo assistencial foi sofrendo mudanças, com crescente incorporação tecnológica nas unidades básicas, ampliação de sua estrutura física e material, e diversificação e maior qualificação das equipes de saúde. Desta forma, os Postos de Saúde, nos quais antes atuavam médicos generalistas e auxiliares de saúde, passaram a ter enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, clínicos, pediatras, ginecologistas, dentistas e equipe de saúde mental.

A gestão do Centro de Saúde Pedro de Aquino é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a PUCCAMP, contando também com um Conselho Local de Saúde atuante, composto por trabalhadores de saúde e usuários do serviço.

As principais ações de atenção individual e coletiva vinculam-se aos programas de saúde da mulher, saúde da criança e saúde do adulto, em que se incluem ações específicas de saúde do trabalhador, controle de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, além da atenção em saúde mental e saúde bucal. Para a efetivação das ações assistenciais, o CS conta com 50 profissionais das mais diversas áreas, sendo quarenta e seis contratados pela prefeitura e quatro vinculados à universidade e, aproximadamente, dez professores universitários que acompanham os estágios de sete diferentes cursos – Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Farmácia e Psicologia.

Desde 1997, o serviço dispõe de atendimento domiciliar ao idoso, constituindo-se em uma das unidades básicas onde os cursos da área da saúde da PUCCAMP atuam em atividade docente-assistencial, sendo de extremo interesse para o núcleo de atuação com idosos dessa Universidade ter um maior conhecimento dessa clientela.

Na área de atenção à saúde do adulto inserem-se as ações voltadas às doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes - *diabetes mellitus* e hipertensão arterial -, que se orientam pelas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde quanto à padronização diagnóstica e terapêutica.

Nesse Centro de Saúde realizam-se, também, atividades de grupos com pacientes diabéticos. Um destes grupos é composto por, aproximadamente, 28 clientes, que se reúnem quinzenalmente há mais de quatro anos - as reuniões ocorrem semanalmente, porém, como o número de pacientes foi aumentando gradativamente, houve a necessidade de dividi-los em dois subgrupos. O grupo é conduzido por docente da Universidade, com ampla participação dos alunos de Medicina, Nutrição e, esporadicamente, com a participação da Fisioterapia, Farmácia e Enfermagem.

No início das atividades, a auxiliar de enfermagem verifica a glicemia capilar dos pacientes em jejum, é aferida a pressão arterial e os pacientes que não estão com as glicemias em níveis satisfatórios são encaminhados para avaliação e possíveis ajustes, com os alunos e docentes médicos. Na seqüência, realiza-se uma explanação por parte das alunas da nutrição e, em seguida, é servido um lanche. A programação do conteúdo das atividades do grupo é feita bimestralmente, conforme a solicitação dos participantes. Aproximadamente à cada dois ou três meses é previsto acompanhamento clínico individual, em consulta médica, quando são solicitados exames laboratoriais de controle e realizados novos ajustes da medicação.

Como esse grupo existe há cerca de 6 anos, e seus componentes o freqüentam com grande assiduidade, consideramos que seria interessante realizar nosso estudo junto aos idosos que dele participam.

Um outro grupo, com cerca de vinte e cinco clientes, acontece semanalmente, dirigido por uma enfermeira da unidade, com participação esporádica de alunos. Os encontros são chamados de 'consulta coletiva de enfermagem' e envolvem pacientes em uso de insulina, muitos dos quais com dificuldades de controle da doença.

Verifica-se que, com exceção dessa clientela (aproximadamente 50 indivíduos), a grande maioria dos pacientes dispõe apenas do atendimento individual, ainda que multiprofissional, para o controle de seus problemas de saúde.

Outra atividade a ser destacada é constituída pelas visitas domiciliares, feitas a pacientes idosos que estão impossibilitados de se locomoverem até o serviço. São aproximadamente 45 pacientes cadastrados, portadores, em sua grande maioria, de hipertensão e/ou diabetes, com seqüelas severas da doença. Por se tratar de um grupo especial de idosos, extremamente dependentes e com idade mais avançada, optamos por não incluí-los no grupo de estudo.

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Como se tratava de apreender as representações de idosos, familiares e profissionais de saúde, sujeitos que compõem cada uma destas esferas fizeram parte da população estudada.

◆ *Idosos*

Com relação aos idosos, algumas delimitações foram necessárias. O grupo estudado foi composto por idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, portadores de *Diabetes Mellitus*, em seguimento na unidade básica há pelo menos um ano e que participam de atendimento, em grupo, há pelo menos seis meses.

O ponto de corte que define o início da velhice não é exato e varia em ambientes e circunstâncias diferentes. Além do mais, sabemos que o estado de saúde e a demanda por cuidados de um adulto com 60 anos é bastante diferente daquela de um de 80 ou 90 anos. Optou-se por usar uma idade cronológica de 60 anos e mais, em virtude dos objetivos da pesquisa, de apreender percepções dos idosos sobre sua situação de saúde - doença e sobre a atenção e cuidados recebidos. Desta forma, é importante que o limite inferior não seja restritivo do universo de pessoas idosas que utilizam a unidade básica e mantêm condições de freqüentar o serviço com regularidade e, sendo assim, externar suas opiniões sobre a relação com este serviço.

Foram excluídos os pacientes que não apresentaram condições cognitivas de responder às questões, os que participavam do grupo há menos de seis meses e os que estavam em tratamento no C.S. há menos de doze meses, período que se considerou necessário para verificar o comparecimento às consultas e seguimento, bem como para avaliar os controles clínicos e laboratoriais.

Optou-se por essas duas patologias, hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) devido a sua elevada prevalência na população geral, 15% e 8% respectivamente, acometendo todas as classes socioeconômicas, além da exigência de cuidados que essas duas doenças crônicas demandam. Outro motivo importante é a existência de critérios de diagnóstico e de tratamento definidos em programas que são realizados rotineiramente na rede básica, permitindo, dessa maneira, avaliar o grau de controle da doença.

Em relação aos critérios de adesão, consideraram-se aderentes os pacientes que freqüentavam assiduamente as reuniões grupais e que não faltaram às consultas médicas agendadas nos últimos 6 meses. Levou-se em conta, também, a coincidência das medicações referidas com aquelas constantes no prontuário, incluindo posologia e número de tomadas.

As entrevistas com os idosos foram realizadas no próprio serviço, muitas delas após as atividades de grupo. As entrevistas acontecerem no CS pois, além de mais cômodo para o idoso que já se encontrava no local, evitaria expô-lo ao constrangimento de falar sobre sua família no próprio domicílio, muitas vezes na presença do familiar.

◆ *Família*

Foram contatados os familiares de 23 idosos, sendo que a disponibilidade de horário para agendamento da entrevista, bem como a facilidade de acesso à sua residência foram critérios utilizados na inclusão dos familiares na pesquisa, resultando em 13 entrevistas, todas realizadas no domicílio.

◆ *Profissionais de saúde*

Em relação aos profissionais de saúde, optou-se por conhecer as opiniões de profissionais que estivessem mais ligados ao grupo em questão. Decidiu-se, portanto, trabalhar com a médica-docente, responsável pela criação do grupo e que o acompanha há 6 anos, e a auxiliar de enfermagem, que também trabalha com esse grupo há 4 anos.

Incluíram-se, também, os três enfermeiros do CS pois, além de participarem diretamente das atividades de grupo - como coordenadores, incentivadores, participantes ou palestrantes -, é uma das atribuições do enfermeiro que atua na Saúde Coletiva planejar e incentivar atividades educativas, portanto, conhecer suas percepções, sobre alguns aspectos dessa atividade, pareceu oportuno. O enfermeiro 1 atua no CS há 2 anos, trabalhando no período da tarde, o enfermeiro 2 atua na unidade há cinco anos, trabalha no turno da manhã e também é responsável por alguns grupos de pacientes crônicos (consulta coletiva de enfermagem), e o enfermeiro 3 exerce atividade de gerência da unidade há 7 anos.

3.4. PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES EM RELAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

Buscando ampliar as possibilidades de formulação de questões em torno do objeto de estudo, permitindo sua melhor delimitação, optou-se por realizar algumas aproximações empíricas iniciais. Estas abordagens permitiram problematizar melhor o objeto, repensando algumas questões anteriormente colocadas.

Primeira aproximação

Inicialmente estava prevista a realização de entrevistas com pacientes idosos que freqüentassem o Centro de Saúde. Por isso, entre julho e agosto de 1999, foi realizada uma primeira abordagem com dez idosos que se encontravam no saguão do CS à espera de consultas, portadores de doença crônica (DM, HA ou ambas) e com idade superior a 60 anos. Estas entrevistas foram seguidas de análise dos prontuários, entrevistas com os familiares e com duas médicas que acompanhavam estes clientes.

Os achados levaram a vários questionamentos, uma vez que estes pacientes mostraram-se aderentes à consulta e ao tratamento, mas não tinham um bom controle glicêmico e nem pressórico. Esta primeira aproximação mostrou que talvez fosse mais apropriado focalizar nossa atenção nos pacientes de grupos, pois, como estão tendo uma atenção diferenciada, seria de se esperar um maior controle de suas doenças.

Segunda aproximação

Fez-se, então, uma nova abordagem, abrangendo pacientes que freqüentavam o grupo quinzenal de DM, acompanhada da análise de prontuário e de entrevista com profissional de saúde. Diferentemente do que se supunha, entre os 12 clientes que freqüentavam o grupo há pelo menos seis meses, apenas dois estavam com seus níveis glicêmicos dentro dos parâmetros aceitos para controle (cf. Anexo 5).

Na abordagem dos profissionais envolvidos com estes grupos, ficou evidente que a aderência para eles é muito mais valorizada que o controle, ou seja, o fato do cliente estar comparecendo é muito mais significativo do que o controle de seus níveis glicêmicos ou pressóricos. Observou-se, numa análise ainda muito inicial, que havia uma relativização dos valores oficialmente aceitos para controle.

Terceira aproximação

Numa terceira abordagem, entrevistou-se 3 clientes do grupo semanal de DM, seus familiares e a enfermeira responsável pelo grupo. Notou-se maior preocupação e conhecimento, tanto por parte dos idosos quanto dos familiares, em relação à doença e ao tratamento, mas, quanto ao controle, podia-se dizer, mais uma vez, que se encontrava em segundo plano na preocupação, seja do paciente, dos familiares ou da equipe de saúde.

Entre as dificuldades encontradas nesses estudos-pilotos, que foram extremamente úteis e norteadores para o caminhar da investigação, pode-se apontar a gama de respostas de certo modo ‘pobres’ e, algumas vezes, evasivas ou lacônicas às indagações centrais da pesquisa. Com isso, a cada aproximação, a abordagem foi sofrendo ajustes, principalmente no que se refere ao roteiro de entrevista com o idoso. Apesar da intenção inicial, de buscar apreender as representações através de entrevistas abertas, principalmente no que se refere aos idosos, foi necessário estruturar cada vez mais o roteiro inicialmente elaborado.

Por outro lado, essas aproximações permitiram considerar o espaço das atividades de grupo como um local privilegiado de investigação, uma vez que a questão da aderência e do controle poderiam ser melhor apreendidas.

Com esse cenário, passou-se a analisar mais profundamente o conjunto de pacientes que freqüentam regularmente o grupo, bem como seus familiares e a equipe multidisciplinar envolvida.

3.5. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Em se tratando de uma abordagem qualitativa, privilegiou-se a entrevista como método de coleta de dados. Foram respeitados os cuidados requeridos por qualquer tipo de entrevista, tais como: cumprimento do horário, garantia do sigilo e do anonimato, respeito pela cultura e pelos valores do entrevistado e capacidade de ouvir atentamente e de estimular o fluxo natural de informações. Destaca-se o cuidado com o encadeamento dos

temas, de modo a permitir que eles se aprofundem gradativamente, evitando que questões complexas e de maior envolvimento pessoal, colocadas de forma prematura, bloqueassem as respostas às questões seguintes.

A coleta de dados foi composta por:

A. Realização de entrevistas individuais com roteiro de questões:

- com os idosos pertencentes ao grupo de encontro quinzenal,
- com o familiar que o idoso citou como o mais próximo a ele nesse momento da vida,
- com os profissionais de saúde que estavam acompanhando o grupo, além de entrevistas com todos os enfermeiros da unidade.

B. Análise do prontuário de cada idoso entrevistado.

Durante o período de coleta de dados - março a agosto de 2000 - foram entrevistados 23 pacientes pertencentes ao grupo de DM que acontece no CS. Dentre as pessoas que se enquadravam nos critérios de inclusão, nenhuma se negou a ser entrevistada. Foram avaliados os prontuários de todo eles.

Parece oportuno colocar que os entrevistados mostraram-se bastante disponíveis para falar de sua doença, tratamento e relações, o que se constituiu em uma experiência profissional muito rica. A duração de cada entrevista variou de 30 a 60 minutos, dadas as características distintas dos entrevistados. Observou-se que as conversas com os profissionais de saúde foram as mais longas e, no geral, as entrevistas com os familiares foram as mais curtas.

Utilizaram-se duas formas de registro, escrito e gravado com anuência dos entrevistados, o que permitiu apreender e registrar também aspectos não verbais, observados no decorrer das entrevistas. As entrevistas, bem como as transcrições das gravações, foram realizadas pela pesquisadora.

Para orientar a construção dos instrumentos de pesquisa, foram consultados inúmeros trabalhos desenvolvidos por gerontólogos nacionais ou internacionais. Como dito anteriormente, os trabalhos nacionais, no que se refere à “compliance” são escassos e, envolvendo a família, são inexistentes.

Elaboraram-se quatro instrumentos, sendo três deles roteiros de entrevistas e um roteiro de coleta de dados de prontuário.

◆ **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O IDOSO (ANEXO 1)**

É composto por quatro seções, sendo que as seções I e II têm caráter mais estruturado que as duas restantes.

Contém dados sobre idade; sexo; condição econômica e social; relações interpessoais e familiares e atividades de lazer; condições de saúde; conhecimentos e percepções sobre a doença; relação com o serviço de saúde; aderência e controle da doença; e questões relativas ao papel da família no cuidado à doença crônica.

◆ **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O FAMILIAR DO IDOSO (ANEXO 2)**

Nesta entrevista foram abordados aspectos da composição e dinâmica familiares, relações com o idoso, conhecimento e participação da família no tratamento e controle da doença e desejo de receber informações sobre os problemas de saúde que afetam o idoso.

◆ **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ANEXO 3)**

Dirigido aos enfermeiros e aos membros da equipe do Centro de Saúde que estão mais vinculados com o paciente, buscou conhecer suas opiniões relativa a questão das diretrizes da atenção prestada, sobre a aderência, o controle e a autonomia do paciente, e sobre o papel da família no tratamento.

◆ ROTEIRO DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO CLÍNICO DO IDOSO NO C.S. (ANEXO 4)

Foi feita uma análise do prontuário clínico de cada idoso, na qual foi verificada a idade do paciente; seus diagnósticos; o tempo de tratamento no serviço; qual profissional o está acompanhando; quais ações da equipe multiprofissional já utilizou/utiliza no CS; a que grupo pertence e por quanto tempo o frequenta; e avaliações de medida de PA e de nível glicêmico. Na ausência de dosagem de hemoglobina glicosilada, e considerando que os prontuários dispunham, em média, de 7 a 12 resultados de glicemia capilar, utilizou-se esta última para definição do controle da DM. Assim, o critério utilizado para considerar o diabetes controlado foi a existência de pelo menos três glicemias capilares abaixo de 140mg/dl, entre os resultados disponíveis nos últimos 6 meses.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP. Os participantes do estudo foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tendo consentido livremente em participar (Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Informado).

O projeto foi apresentado à coordenação do C.S. Dr. Pedro de Aquino, que autorizou a realização das entrevistas com os profissionais de saúde e pacientes, assim como a coleta de dados nos prontuários clínicos.

3.7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O material das entrevistas foi trabalhado exaustivamente. Após uma primeira leitura, mais geral, foram realizadas várias releituras para apreensão dos conteúdos temáticos mais expressivos, relativos às questões investigadas. Neste trabalho analítico, valorizou-se o conjunto dos sujeitos pertencentes a cada grupo, mas dentro de uma leitura contextualizada, considerando a fala do idoso à luz de suas características socioeconômico-culturais. Para buscar o significado das falas utilizou-se as sugestões metodológicas da análise temática, meio auxiliar para apreensão do conteúdo das representações.

Para MINAYO (1992), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. (...) Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

O conteúdo do material empírico determinou o agrupamento em quatro grandes núcleos temáticos, assim denominados:

- ◆ Sociabilização do idoso – relativo às questões do modo de ser no mundo: relações com familiares, vizinhos, amigos e utilização do tempo livre.
- ◆ Representações sobre o cuidado à saúde – refere-se aos significados para a própria vida e para a vida familiar dos cuidados necessários à doença crônica, que permeiam seu cotidiano, além dos significados da cura /controle da doença.
- ◆ Adesão ao tratamento e controle da doença crônica – refere-se a como idosos, familiares e profissionais de saúde vêem a questão da aderência e do controle, qual importância atribuem a estas questões e, efetivamente, se os pacientes estão ou não controlados.
- ◆ Papel da família no cuidado ao idoso – refere-se às expectativas dos sujeitos das três esferas frente à atuação e comportamento da família em relação ao cuidado à saúde do idoso.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para se colocar em prática a metodologia proposta anteriormente, apresentam-se os resultados em quatro núcleos temáticos: sociabilização do idoso; representação sobre o cuidado à saúde; adesão ao tratamento e controle da doença crônica; e papel da família no cuidado à saúde do idoso.

Considera-se também necessário apresentar, inicialmente, a caracterização dos grupos que foram objeto da presente pesquisa, buscando conhecer um pouco melhor o contexto em que se inserem as falas de idosos e familiares.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDADOS

◆ *Idosos*

Em relação à idade, grande parte dos 23 idosos entrevistados (44%) encontra-se na faixa de 60 a 65 anos, seguidos daqueles entre 70 e 75 anos (26%), e com apenas 17,4% apresentando idade superior a 75 anos. Houve predomínio de mulheres (73%) no grupo estudado.

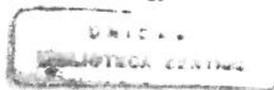
Quanto ao estado civil, quase metade apresenta união estável. Do restante, 35% são viúvos, entre eles somente um do sexo masculino, 8% são separados, desquitados ou divorciados e somente 4% referiram ser solteiros.

Em relação à doença crônica de que são portadores, todos os idosos entrevistados referiram ter *diabetes mellitus*, sendo que 70% tinham também Hipertensão arterial.

Quanto à escolaridade, grande parte (43%) é analfabeta; 17% são apenas alfabetizados, 19% possui primeiro grau incompleto e 17% concluíram o primeiro grau.

A maioria (78%) afirma ter trabalhado em serviços braçais (lavrador, doméstica, dona de casa) e 21% em serviços autônomos, sendo que um terço dos idosos ainda se mantém trabalhando em diversas atividades (referidas como 'bico').

Quase a totalidade (95%) tem alguma religião e a pratica, com 56% católicos e 39% evangélicos.



Em relação à renda do idoso, dois terços (66%) recebem até 2 salários mínimos, 21% vivem com 3 salários mínimos ou mais e 13% não apresentam nenhum provento. Mais da metade considera que estes rendimentos são insuficientes para viver, o restante acha que dá para viver muito mal ou mais ou menos, e somente 8% considerou sua renda suficiente para viver.

A maioria (87%) contribui para o sustento familiar, sendo que, destes, 48% pagam todas as despesas da família.

◆ *Familiares*

Dos treze familiares entrevistados, 4 eram cônjuges do idoso e 5 eram filhos. Houve, ainda, uma sobrinha, um neto e uma irmã, além de uma cuidadora não pertencente à família.

As faixas etárias expressaram estes vínculos, com 46,3% entre 21 e 40 anos e 30,7% com mais de 60 anos.

A maioria dos familiares entrevistados (54%) era do sexo feminino e, entre os filhos, havia 3 homens e 2 mulheres.

Dos domicílios visitados, pudemos verificar que 61,5% eram multigeracionais e 38,5% eram unigeracionais. Em 62% vivem 2 ou 3 moradores e 26% têm apenas 1 morador, ou seja, são constituídos por idosos que vivem só.

4.2. SOCIABILIZAÇÃO DO IDOSO

A grande maioria dos idosos entrevistados mora com familiares (78%), seja o cônjuge (13%), os filhos (13%), ou ambos (35%). Os demais arranjos familiares apontados envolveram morar com o neto, com a irmã, com o cônjuge e o cunhado, ou mesmo em casa de repouso.

A maioria (91%) recebe visita de familiares, sendo que 8% referiram não receber por não os possuírem. Grande parte (82%) também afirma ter amigos e manter relação com os mesmos, sendo que todos estes consideram o relacionamento bom (26%) ou muito bom (74%).

Entre os que afirmaram não ter amigos ou não se relacionar com amigos (18%), alguns assim expressaram suas razões:

Não sou de sair de casa (I 2),

não sei porque não tenho (I 3),

amigo é tudo falso. (I 17)

Em relação à solidão, 65% referem não se sentir só; 9% dizem que se sentem só algumas vezes e 26% sentem-se só a maioria das vezes ou sempre. Expressaram-se assim:

Fiquei muito só. Dá um vazio... (I 11)

Bate solidão. A vida foi dura.(I 20)

Porque só tenho uma filha que mora perto. Como é muito ocupada, me sinto só. (I 3)

Falam que solidão é coisa de velho, não me sinto velho, mas me sinto só. (I 22)

Em relação à utilização do tempo livre ou de lazer, os idosos referem ir à igreja (17%), assistir TV (14%), não fazer nada (14%), ir ao Centro de Saúde (14%),dormir (9%), ouvir rádio (7%) e conversar (7%).

Este perfil de escolhas revela a ausência de centros de lazer e vivência no bairro, tão necessários à terceira idade. O fato da ida ao CS representar uma opção de lazer, assim como o 'não fazer nada', evidencia esta ausência, tornando os idosos bastante carentes em relação ao lazer.

A maioria dos pacientes vai ao CS a pé (65%), e o restante se utiliza de ônibus, carro da família ou carona.

No que diz respeito ao relacionamento com suas famílias, a maioria dos idosos (74%) considera que ele é positivo ('bom'; 'muito bom'; 'normal' ou 'tranquilo'):

Me dou bem com os filhos. Tenho 7. Estou no terceiro casamento. Posso dizer que é um bom relacionamento. (I 6)

Eles é que me animam, quando reclamo de alguma coisa eles pedem paciência, que a vida é assim mesmo. (I 8)

A família empurra a gente prá frente. (I 18)

É bom, às vezes a gente acha motivo para ficar emburrada, mas todo mundo tem seus problemas (I 17)

Muito bom. Os filhos são unidos. Os meus filhos é que me sustentam. (I 14) É bom, apesar de todos ocupados. (I 20)

Verifica-se que as boas relações com os filhos é a essência do relacionamento.

Uma parte (26%), porém, apontou várias dificuldades no relacionamento familiar:

Não é muito bom. Me dou bem com os filhos, mas o marido é nervoso. Estou ficando irritada. Nós andamos brigando (estou indo ao psiquiatra). O filho que mora comigo bebe. Vou levando. Não dá para falar que sou feliz. (I 5)

Não é bom. Nossa vida é muito difícil. Tenho um filho surdo-mudo, o outro é alcoólatra e o marido também gosta de pinga. Não dá para falar nem em relacionamento, o lema aqui é ir levando até onde der. (I 2)

Não tenho família. Aqui no asilo todo mundo se dá bem, mas no fundo a gente sente falta de um pai, de uma mãe ou irmã. (I 15)

Não é bom. Eles (os filhos) não vêm me visitar. (I 11)

Não é bom, não dei sorte com meus filhos. É tudo estranho, sabe, não sei.
(I 19)

Não é muito bom porque sou muito nervoso. Não somos muito de diálogo. É tudo muito distante, cada um no seu mundo, ninguém tenta se aproximar muito .nem das coisas boas, que dirá das ruins. (I 22)

As dificuldades referentes à estrutura familiar e também àquelas relacionadas à carência afetiva, são as grandes causas da dificuldades no relacionamento.

♦ *Sociabilização do idoso, segundo os familiares*

Mais da metade (54%) dos familiares entrevistados referiu dificuldades no relacionamento com o idoso. Dentre os motivos apontados, apareceram a depressão, o fato de ser deprimida ou estar depressiva (55%); o ‘gênio’- estar mais nervoso, bravo, irritado (35%); o fato do idoso ter ficado mais parado (10%). Dificuldades no relacionamento sexual também foram referidas por alguns cônjuges.

No que se refere à percepção do familiar sobre como é ter um idoso dentro de casa, verificamos que a grande maioria deles acha bom ter o idoso por perto, sobretudo cônjuges. A existência de dificuldades, consideradas inerentes à velhice, ao temperamento da pessoa idosa e, algumas vezes, à própria doença crônica, apareceram principalmente nas falas dos filhos e neto.

Como eu também sou, acho uma idade ótima e super normal. (esposo)

É a vida, todos caminhamos para o mesmo fim e tem que saber encarar.
(esposo)

Olha, ter um velho dentro de casa é muito bom, mas quando eles adoecem o bicho pega. (esposo)

Ele é muito ativo, faz pequenas obras - não dá trabalho nenhum, pelo contrário.

(esposa)

Fácil não é , não sei nem explicar. (filho)

Precisa ter muita paciência. As mulheres são mais fáceis de lidar, mas mesmo assim as vezes fico nervosa. Eles são teimosos e de gênio forte. (filha)

É bom, só que não pode largar, tem que dar muito atenção. (filha)

É bom, mas é difícil. É teimosa. Quer muita atenção, mas ela é fácil de lidar.
(filho)

Faz parte. Muito fácil não é não. (filho)

COMENTÁRIOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO E À SOCIABILIZAÇÃO DO IDOSO

Neste estudo, pode-se destacar a expressiva quantidade de idosos que são provedores da família integralmente (47%) ou parcialmente (35%), ainda que 66% receba, no máximo, 2 salários mínimos ao mês.

A grande maioria (92%) dimensiona a precariedade desta situação, afirmando que não dá para viver com essa renda ou que estão vivendo muito mal.

BERQUÓ (1992), ao observar as características demográficas e socioeconômicas da população idosa brasileira, verificou que a proporção de idosas que vivem sozinhas vem aumentando nas últimas décadas, alcançando 15% em 1989. Dessas, 60% possuíam renda inferior ou igual a um salário mínimo

Se a pobreza é uma característica importante da população idosa brasileira, evidentemente que o processo de envelhecimento em condições tão desfavoráveis, dificulta ainda mais o cuidado e a manutenção das doenças crônicas. Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimento da população idosa. Se, por um lado, o número de benefícios concedidos a cada ano é crescente, por outro, as despesas médias com o

pagamento desses benefícios vêm apresentando, com raras exceções, variações negativas. Em 1988, quase 90% dos idosos aposentados recebiam contribuições de até 2,5 salários mínimos (CHAIMOWICZ, 1997).

Quanto ao estado civil, verifica-se que, apesar de grande parte ter união estável, é bastante expressiva a viuvez, particularmente entre as mulheres. Isso é relevante, uma vez que a maioria dos idosos entrevistados encontra-se na faixa etária de idosos jovens (60 a 70 anos), o que, de certa maneira, acaba sendo mais um fator que predispõe à solidão.

Algumas características do grupo estudado são concordantes com os estudos realizados até o momento, como a situação das mulheres idosas, que vivem mais que os homens, ao se tornarem viúvas têm maior dificuldade para casar novamente, são mais solitárias, apresentam menores níveis de instrução e de renda e maior frequência de queixas de doença (BERCOVICH,1992; BERQUÓ,1992; RASSI,1994; BRASIL1997). A maioria das mulheres entrevistadas era do lar, uma tendência típica de seu grupo etário e de escolaridade que, à época de um possível ingresso no mercado de trabalho, permaneceram desempenhando tarefas domésticas.

As taxas de alfabetização e de anos de escolarização encontradas nesta pesquisa foram muito baixas, bem como o nível ocupacional. Destaca-se, também, o número de aposentados e/ou inativos (66%). Apesar de os idosos, em sua totalidade, não apresentarem limitações à autonomia em atividades instrumentais e de automanutenção na vida diária (a maioria comparece ao serviço de saúde a pé), é grande a proporção daqueles que não desenvolvem atividades fora de casa. O dado permite concordar em parte com RAMOS, VERAS E KALACHE (1987), quando comentam que a rápida urbanização corresponde à maior possibilidade de ascensão social dos filhos, que superam os pais em termos educacionais e socioeconômicos, apesar de nosso estudo ter revelado uma maior dependência econômica dos filhos em relação aos pais, do que o contrário.

O aproveitamento do tempo livre pelos idosos pode ser avaliado como relativamente pobre. Boa parte deles vai à igreja ou se dedica a atividades religiosas. Vários estudiosos têm ressaltado a importância da religiosidade, no manejo do estresse decorrente de pressões da vida cotidiana e no lidar com questões existenciais típicas da velhice

(ALDWIN, 1990). Frequentar a igreja, ademais, pode servir como fonte de apoio interpessoal. Tão predominante como a religião, a televisão foi a atividade de lazer mais apontada pelos idosos do estudo, o que, se de um lado é fonte de informação, sabemos que, também, veicula valores sociais e familiares muitas vezes diferentes dos vividos pelos telespectadores.

Não fazer nada e ir ao Centro de Saúde aparecem com a terceira maior frequência, o que nos leva à reflexão sobre a baixa valorização do lazer e a carência de oportunidades educacionais e econômicas para cultivá-lo. Como afirma NERI (1993), o lazer e o tempo livre não são valorizados nas sociedades que cultuam o trabalho como valor superior. Uma das mais sérias barreiras para a sua prática é, sem dúvida alguma, o desconhecimento do seu alto significado na vida e, em decorrência, o não preparo para o mesmo (FERRARI, 1996).

Grande parte dos idosos entrevistados vive em famílias restritas, compostas pelo casal e poucos filhos (62%), e verificou-se que o número de idosos morando só é bastante expressivo (26%).

No inquérito sobre 'Necessidades dos Idosos', patrocinado pelas Nações Unidas, estudou-se o perfil dos idosos em vários países latino-americanos e foi constatado que 50 a 75% viviam em lares multigeracionais, enquanto 10 a 40% viviam sós e geralmente eram mais idosos que os demais. Surpreendentemente, esse inquérito também mostrou que cerca de 90% dos idosos com menos de oitenta anos conseguiam desempenhar sozinhos as necessidades pessoais, como vestir-se, banhar-se, alimentar-se, caminhar. Para os maiores de oitenta anos, 20 a 25% necessitavam de ajuda para o desempenho das mesmas funções (OPAS, 1990).

Quanto às relações sociais dos idosos, a grande maioria (91%) recebe visitas de seus familiares e mantém relação com amigos, vizinhos e parentes. A literatura sócio-gerontológica mostra que a existência de uma rede de relações informais de amizade e a proximidade geográfica com pessoas pertencentes à mesma geração estão entre os mais importantes preditores de bem-estar subjetivo na velhice (GEORGE, 1990). Por outro lado, é expressiva a porcentagem de idosos que referiram sentirem-se só sempre (26%) ou

algumas vezes (9%). RAMOS (1991) apontou em seu estudo que, embora os idosos, em sua maioria, vivam em domicílios multigeracionais, esse arranjo parece garantir a eles os cuidados que necessitam, mas não garante o apoio afetivo, tampouco o bem-estar psicológico.

Com relação a viver sozinho, esta não é, necessariamente, uma experiência negativa; muitas pessoas, em todas as idades, escolhem viver assim. No entanto, viver por longo período sem companhia predispõe ao isolamento. Estudos realizados na Bélgica revelam que as taxas de suicídio entre os homens acima de 75 anos são cinco vezes maiores do que na população em geral e, entre as mulheres, três vezes maiores (BARO, 1985). No estudo de FOSTER, KLINGER E WISPE. (1984), sobre longevidade entre os homens idosos que vivem com mulheres mais jovens, os autores sugerem que a vida emocional e social ativa confere benefícios em termos de aumento de anos de vida.

Há dificuldades no relacionamento com os idosos, e o aspecto mais apontado pelos familiares foi a questão da depressão e do nervosismo. Sabe-se que os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes nos idosos são as síndromes depressivas e demenciais. Tratam-se de doenças com importantes repercussões sociais e individuais, devido ao fato de afetarem não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbidade e cronicidade. Além de fatores psíquicos próprios do idoso, aspectos biológicos e sociais estão etiológicamente envolvidos na gênese da depressão; entretanto os fatores mais relevantes são saúde física precária, pobreza, solidão, institucionalização e obrigação de cuidado do cônjuge com enfermidade orgânica e/ou psíquica (CARVALHO & FERNANDEZ, 1996).

Em relação ao convívio com o idoso dentro de casa, observa-se que os sujeitos, de forma explícita ou implícita, remetem o envelhecimento à convivência com doenças e à dependência médica e medicamentosa. Em relação às mulheres, elas manifestam um estado de convivência com outras afecções, e reportam-se ao envelhecimento como momento da vida que predispõe às doenças: Dá uma fraqueza, uma cansa. Junta a idade e a doença, a gente vai ficando desanimada(I 4). Esse fato é menos percebido nas falas dos homens, que parecem negar outras mudanças na vida, além daquela motivada pelo diabetes Essa doença dá uma atrapalhada na vida... (I 18).

Durante as entrevistas com os pacientes, algumas de suas falas se referiram a um vazio, a estar só, à dor: não tem remédio para a dor [...] a dor que sinto lá dentro.

Pensa-se que dor é esta que não tem remédio, que foge do alcance dos médicos e que se aproxima da solidão, do desamparo, de uma dor da alma. Será uma dor desencadeada pelo momento de vida destes pacientes, a entrada na terceira idade, ou não?

Dentro deste contexto, vale a pena retomar o objetivo central deste estudo e refletir sobre o ele. Entender uma doença crônica como conseqüência do processo de envelhecimento em um ambiente psicológico e afetivamente favorável são fatores que permitem compartilhar o medo e a insegurança, amenizando os problemas gerados pela idade. A importância da família, no aspecto terapêutico e do próprio processo natural do envelhecimento pode ocupar um lugar fundamental.

O bom relacionamento familiar foi destacado pela maioria dos entrevistados e o que se observa, tanto nesse grupo, como naqueles que não referiram ter um bom relacionamento, é a grande importância atribuída aos filhos. De acordo com DEBERT (1992), o fato dos idosos viverem com os filhos não é garantia de respeito e prestígio, nem da ausência de maus-tratos, portanto não deve ser visto, necessariamente, como um indicador de uma velhice bem sucedida. Mesmo assim, as relações familiares são fundamentais na assistência ao idoso no processo de envelhecimento. Os filhos são, ainda, a principal fonte de apoio esperada.

4.3. REPRESENTAÇÕES SOBRE CUIDADO À SAÚDE E À CURA

A partir das falas dos idosos, seus familiares e profissionais de saúde, procura-se captar as percepções relativas aos cuidados à saúde e as representações sobre a cura/controla da doença crônica.

◆ *Idosos*

Muitos dos idosos entrevistados se vêm doentes, ou com muitas doenças. Destaca-se a fala de uma participante do estudo, quando abordada se tinha alguma doença:

Com certeza, e bastante doença, colesterol, diabetes, pressão alta, coluna. (I 8)

Alguns levantam a questão da finitude: Dá medo de dormir e não acordar, a gente ouve falar tanto ... (I 21); No fundo, no fundo, eu tenho medo é de morrer (I 6).

Quanto à necessidade de ajuda para alguma atividade diária, metade (52%) afirmou não necessitar de ajuda, utilizando expressões como: Deus me livre (I 5), Graças a Deus ainda não (I 9). Dentre os que afirmaram necessitar de ajuda para as atividades diárias, a maioria (63%) cita algum tipo de serviço braçal que antes realizava sozinho e agora não consegue (faxina pesada, trabalho em geral e lavar roupas), sendo que 37% necessitam de ajuda em razão de dificuldades visuais.

Em relação à cura, a maioria (70%) acredita que a sua doença não tem cura. Entre as razões citadas, os entrevistados atribuem a aspectos hereditários (Já vem de família), à cronicidade da doença (Porque só tem controle; Porque é tudo problema crônico. Eu não cuidei muito.; É só controle, mas acho que no futuro vai ter cura. Quem sabe...), mas, muitos deles assumem a fatalidade da doença (Tá na mão de Deus, eu acho que não , mas...; Porque já fazem mais ou menos quinze anos e até agora sem resultados; Só um milagre...).

Entre aqueles que acreditam que a doença tem cura (30%), destacam-se as respostas de cunho religioso: Acho que tem, porque Deus é capaz de tudo; porque tenho fé em Deus que tem; para a medicina não tem cura, mas para Jesus tem.

Muitos afirmam a possibilidade de cura apoiando-se em uma certa superposição entre cura e controle, ou ligando-a a fatores que estão no seu âmbito de atuação ou a percepção de sintomas: É só fazer direito que vai ter cura; Porque está tudo bem, eu não sinto nada; Porque os níveis estão bons. A PA é só controle, mas o diabetes tem cura.

Quando abordados sobre qual seria seu desejo em relação à doença, todos expressaram desejo de cura (sarar completamente; que curasse; que fôsse embora para sempre; que acontecesse um milagre de Deus para curar...). Apesar de 70% afirmarem que a doença não tem cura, todos eles a almejam.

Dentro do aspecto cuidado, destaca-se a referência à dieta, medicação, 'vir ao serviço direto' e 'fazer tudo o que o médico pede', como cuidados efetivamente realizados, apesar de apontarem dificuldades: sei o que tem que fazer, mas não faço porque não agüento (I 4). Os cuidados considerados importantes, além da dieta e da medicação, incluem a participação da família, a realização de atividades físicas, o vínculo com os profissionais e a vinda ao grupo, além de tentar permanecer 'calmo e tranqüilo' nas adversidades cotidianas.

Verifica-se que a esmagadora maioria dos idosos (96%) referiu ter mudado alguma coisa de sua rotina após o aparecimento da doença. Entre as mudanças referidas, 82,6% relacionavam-se à dieta e, menos freqüentemente, ao uso de medicamento, à diminuição das atividades e do trabalho em geral, bem como à diminuição da atividade sexual. Um entrevistado nos relata: Mudou a dieta, estou mais esquecido, a visão acabou e o sexo já era. (I 17)

Um idoso referiu não ter mudado nada e apontou como motivo o fato de se sentir normal como antes. Não me sinto velho e nem doente. Trabalho tanto quanto antes. (I 16)

Observa-se que a mudança está associada às percepções que os indivíduos têm sobre o próprio corpo e a capacidade de trabalho que, quando presente, diminui a mobilização para mudanças.

Todos manifestaram que a doença irá piorar e se agravar caso não se cuidem adequadamente. Nesse ponto, chama atenção o número de respostas que falam em complicações graves decorrentes do não cuidado: morre, vai embora dessa vida (I 16); fica cego (I 4); corta o pé e pode ir até a perna (I 7); morre igual meu irmão (I 3); vai parar no hospital... (I 5).

A maior parte dos pacientes considera que a família ajuda no tratamento, sobretudo no que se refere à atenção, ao modo de animar, à preocupação e interesse para com eles, além de visitas e diálogo. Metade dos idosos citou, também, ajudas relacionadas ao transporte e locomoção e, ainda, ajuda financeira (18%).

Dos 30,5% que consideram que a família não ajuda no tratamento, metade atribuiu ao fato de não ser necessário, e que o que obtém do serviço de saúde já é suficiente (tomo insulina no posto e informações o doutor dá). A outra metade referiu como motivo da não ajuda o fato de não ter família por perto e da família não estar 'ligada' no problema, revelando indiferença.

◆ *Famíliares*

Nas entrevistas com os familiares, a maioria tinha conhecimentos sobre a existência de problemas de saúde no idoso e sobre a medicação que o idoso ingeria, dos quais a metade conhecia inclusive a dosagem e, grande parte, as formas de aquisição da medicação.

A totalidade dos familiares afirmou que o idoso estava em tratamento e todos sabiam que era no Centro de Saúde Pedro de Aquino, sendo que 2 familiares referiram que ele também se tratava na PUCC.

◆ *Profissionais de saúde*

A questão do cuidado foi trabalhada pelo conjunto dos profissionais de saúde, a partir de sua visão de cuidadores, tendo como referência o trabalho que efetuam na unidade básica de saúde.

Foi valorizada a riqueza de vida dos pacientes (história biográfica) e as experiências que os idosos possuem. Um dos enfermeiros salientou, como cuidados importantes, a necessidade de mais momentos e atividades com os idosos, angustiando-se por não estar mais próxima dessa clientela.

O idoso com doença crônica não precisa de cuidado especial. Ele precisa mais mesmo é de momentos com outros idosos, mais atividades, ter mais tempo com eles. Possuem uma enorme bagagem para poder transmitir para nós. Eu admiro demais. Nós é que temos que aprender com eles. A prefeitura não tem muito a ver com isso que ocorre aqui. O grupo acontece porque a PUCC começou. É lógico que o serviço apoiou, a enfermeira participa super ativamente, mas nós, enquanto serviço público, deveríamos ficar voltados para esse pessoal. Nós estamos distantes e precisaríamos ficar mais perto dessa população. (Enfermeiro 1)

Outro profissional enfermeiro, por trabalhar diretamente com um dos grupos, destaca alguns aspectos que, segundo sua opinião, são mais necessários para o cuidado, tais como: atendimento individualizado, com ênfase no emocional; informações técnicas relevantes nesse momento da vida e desvendamento dos motivos de descontrole da doença.

Tenho sempre como conduta, no primeiro contato com o cliente, ter uma conversa individualizada, aonde, após perceber sua situação – há quantos anos é portador, há quanto tempo usa insulina -, eu já abordo coisas essenciais para a própria sobrevivência dele, por exemplo, sempre começo explicando os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia. Procuo também sempre animá-los, principalmente os que estão passando por fases difíceis, e com paciência e diálogo sempre consigo descobrir o motivo do descontrole.

(Enfermeiro 2)

O profissional mais ligado à atividade gerencial entende que o processo de comunicação é fundamental em qualquer abordagem com o cliente, e se preocupa com a distância que se assumi no relacionamento com o paciente.

Minha maior preocupação é me fazer entender. Nós profissionais, dentro do nosso academicismo, muitas vezes extrapolamos. A comunicação é fundamental. Por exemplo: muitas vezes o paciente não quer ouvir ou não está preparado para ouvir. Quando você vai trabalhar com uma platéia que tem outro nível cultural, é preciso muito mais gestos e emoção do que cognição.

(Enfermeiro 3)

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Como vivencia o dia a dia do grupo, comenta principalmente a forma como acontece a dinâmica da atividade grupal. Relata, também, que atenção é muito importante e que se utiliza de reforços positivos e negativos:

Às vezes é necessário agradecer, dar parabéns, para ver se anima, outras vezes, principalmente quando estão descontrolados, eu dou castigo, tipo: se não estabilizar, vocês vão ter que sair desse grupo...

Minha maior preocupação é com a diabetes, quando chega alterada. Eu investigo, vou a fundo, escarafuncho a vida do paciente até ele entregar o ouro. Eu investigo e pergunto lá no fundo. Por exemplo: eles comentam “Eu comi um pouco de macarrão”, aí eu devolvo: Foi com molho pronto (esse tem açúcar). Quando eu não consigo descobrir, mando para o pessoal da medicina. Me preocupo também com os machucados, as orientações, de manter o gluco em ordem.

MÉDICA

Ela conta como inicia a abordagem com o cliente e refere sempre passar uma ‘energia positiva’, que a vida não muda tanto assim, que muitas mudanças serão para melhor, uma vez que trará mais disposição e saúde para o paciente. Se preocupa com a informação, é prescritiva e acredita que dá para animar com a possibilidade de controle e de uma vida com qualidade.

Eu acho que a gente tem que informar para o paciente o que é aquela doença, qual a repercussão que aquela doença vai ter na vida dele ou não. E também tranquilizá-lo. Que as mudanças que vão ocorrer são mudanças que todos aqueles que querem se prevenir também vão ter que adotar, exemplo: manter peso, dieta equilibrada, exercício físico. Tudo isso é bom, não só para quem tem diabetes, mas para nossa família. Garantindo esses dois caminhos, o que é a doença e tranquilizando, partimos para a orientação da necessidade de se fazer um controle, da importância com a própria saúde, de se preocupar com seu corpo; isso não significa vir toda hora ao serviço, mas sim de mantê-la em dia. Procuramos sempre focar o lado positivo da coisa. Não dá para curar, mas dá para ter uma vida legal.

COMENTÁRIOS SOBRE AS REPRESENTAÇÕES RELATIVAS AO CUIDADO À SAÚDE E À CURA

Ao se reportarem às suas vidas após o diagnóstico da doença crônica, todos os idosos expressam uma mudança, associando-a às doenças e ao envelhecimento.

Todos os entrevistados estão na terceira idade e, neste processo de envelhecimento, eles se transformam e vão sendo transformados, mas resistem às mudanças relacionadas ao envelhecer.

O processo de envelhecimento e a doença crônica são inseparáveis, uma vez que tanto a doença como o envelhecer participam, mutuamente, das transformações na vida dos entrevistados, não sendo possível estabelecer fronteiras entre os significados de ambos.

As informações que os sujeitos recebem sobre a doença crônica chegam até eles através do discurso científico da medicina e do senso comum, os quais muitas vezes se imbricam, impossibilitando defini-los separadamente. Ambos os discursos participam da significação da doença crônica, num processo mediado pelas motivações centrais dos sujeitos, ou seja, a esperança, a cura e o desejo de manter, para si e para os outros, a identidade de pessoas ativas e independentes.

A finitude é outro significado importante que aparece em relação ao envelhecimento, tendo em vista que alguns idosos, ao falarem de suas vidas, reportaram-se a ela. O momento de vida em que se encontram, no qual o idoso não é mais requisitado para execução de tarefas diárias, como cuidar dos filhos, trabalhar, pode confrontá-los com questionamentos sobre o sentido de sua existência e trazer o desejo de uma ação ampliada, que possa repercutir socialmente...enfim, a tentativa de tornar-se presente após a morte.

A grande maioria dos idosos diabéticos sabia que a doença não era curável, mas poucos tinham a percepção sobre possíveis fatores ligados à doença. Apenas um referiu história familiar, nenhum relacionou a doença à obesidade e alguns atribuíram-lhe um significado de 'culpa': eu não cuidei muito.(I 5)

Os idosos reconhecem a necessidade do uso ininterrupto da medicação, porém, em vários momentos, fica evidente o medo, a ansiedade e até a dificuldade que o uso diário de insulina traz aos sujeitos. Esse fato é percebido, tanto na fala dos idosos - só de pensar que mais cedo ou mais tarde vamos ter que tomar insulina, já perco o sono, (I 13) - como na fala dos familiares - não é fácil, ver a pessoa tendo que se furar todos os dias. (F 3)

Ao mesmo tempo, a negação de mudanças é expressa pela afirmação de que suas vidas permanecem inalteradas. Não me sinto velho e nem doente, trabalho tanto quanto antes. (I 16)

É bastante significativo o fato da dieta ser o item mais referido, tanto no que se refere às mudanças ocorridas após o aparecimento da doença, como na importância para o cuidado da doença. Sabemos que é um dos aspectos mais abordados pela equipe multiprofissional e, nesse ponto, destaca-se a atuação da área de nutrição, que participa em todos os encontros do grupo. Uma das entrevistadas assim se expressou ao ser questionada sobre a assistência prestada pelo CS: Me sinto em casa. A Zezé é ótima, as meninas nutricionistas nem se fala... (I 12)

Apontam a dieta, seguida do uso contínuo da medicação, como cuidados efetivamente realizados.

Um outro dado a ser destacado, foi que grande parte dos idosos entrevistados (48%) referiu que necessita de ajuda para algum tipo de atividade diária, atividades essas relacionadas, principalmente, a trabalhos domésticos que necessitam de força e/ou vigor, bem como atividades relacionadas a uma boa visão.

As alterações visuais que se iniciam com a maturidade exigem uma série de adaptações às demandas da vida cotidiana: dificuldades para acomodar a visão e discriminar detalhes de objetos próximos; dificuldades para leitura, dificuldade para enxergar à noite (MANSUR,1998). Soma-se a isso, a possibilidade de retinopatia a que estão sujeitos os pacientes diabéticos, sobretudo aqueles com mais de 10 anos de doença. CÁRNIO, CINTRA, TONUSSI (1995), em trabalho realizado junto a pacientes com catarata, analisam a dependência que se estabelece nos idosos com baixa acuidade visual, inclusive quanto ao cuidado à saúde. Segundo as autoras, a queixa dos idosos relacionada à déficit de visão é justificada pelo fato destes não suportarem mais a dependência de outras pessoas para o auxílio nas atividades da vida diária.

Apenas 30% contam com algum tipo de ajuda. Quando eles se tornarem mais dependentes, e considerando-se seu núcleo familiar reduzido, coloca-se a questão de como se dará o cuidado no cotidiano desses idosos.

A questão do cuidado a idosos de alta dependência começa a ganhar visibilidade cada vez maior na população. Não há dúvidas de que está aumentando o nosso convívio com casos de demência senil, esclerose múltipla, síndromes como o mal de

Alzheimer e outras, mas só aos poucos elas estão ganhando identidade, mesmo entre os profissionais que antes tendiam a considerá-las como efeitos ‘normais’ do envelhecimento.

Cuidar de um idoso fragilizado pode ser considerado um papel normativo ou esperado na vida de um familiar, à medida que ele o exerce em virtude de expectativas sociais baseadas em relações de parentesco, de gênero e idade, expectativas essa típicas de seu grupo social (NERI, 1993). Uma vez que, em razão do envelhecimento da população, aumenta a demanda por aquela assistência, faz-se necessário criar políticas sociais de suporte aos cuidadores*, incluindo cuidadores sustentados pelos programas governamentais.

Em relação aos profissionais, eles se revelam preocupados em aumentar sua aproximação com os pacientes idosos, em dialogar, trocar experiências, procurar maiores oportunidades de convivência, de percepção de suas reais necessidades. Fazer-se entender é outra grande preocupação, bem como otimizar e animar os clientes, mostrando uma visão otimista da doença.

4.4. O PAPEL DA FAMÍLIA E SUA PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO

O papel da família no cuidado ao paciente idoso foi trabalhado em outros núcleos temáticos. Aqui, o que se buscou mais especificamente nas falas dos idosos, seus familiares e profissionais de saúde foi a representação que têm sobre aquele papel, sua importância e as formas através das quais ele efetivamente ocorre.

Famíliares

Sobre a importância da família no cuidado do idoso, todos os familiares afirmaram que acham importante a sua participação, justificada através de motivações ligadas ao amor filial (Eles já cuidaram da gente, agora é nossa obrigação ajudá-los, principalmente porque estão doentes; porque mãe é uma só; porque se não for a família a pessoa entrega os pontos de vez,); à necessidade de estar junto, evitando a solidão (para ficar mais perto, para não se sentir só, porque tem que estar sempre junto senão

* o termo “cuidadores” é utilizado em gerontologia para se referir aos familiares ou indivíduos que prestam auxílio direto ao idoso em suas atividades básicas.

descontrola, para ajudar no que precisar) ou, simplesmente, ao afeto (porque o carinho, o amor ajuda na cura e no controle, não pode falar a palavra errada, senão magoa).

Em relação a mudanças de algum hábito na família em decorrência da doença do idoso, 61,5% dos familiares referiram que não foram necessárias e, dos 38,5% que referiram ter mudado hábitos, todos alteraram algo relacionado à dieta. A questão financeira também foi apontada: Gasta muito e a gente fica desorientado com essa doençaira.(F 2)

Sobre o que representou esta mudança, a grande maioria (80%) apontou dificuldades, afirmando que exigiu muito sacrifício e que, às vezes até hoje, alguns ainda não se conformam: A gente fica sem saber o que fazer. Não é fácil não, a pessoa doente quase todo dia não é fácil de ver.(F 8)

Olha, a gente segue as orientações, mas é difícil ver a pessoa assim, desanimada, às vezes nervosa.(F 3)

Quando abordados sobre a ajuda que dão ao familiar idoso - se dá para fazer isso, se é fácil ajudar -, a maioria referiu que sim (92,3%), mesmo achando complicado e difícil, já que às vezes o idoso não obedece, todo mundo tem seus problemas e que é necessário conversar muito. Percebe-se, todavia, uma conformidade com a situação, sobretudo por parte dos cônjuges, mais identificados com a condição da velhice. Um deles assim se expressou: é difícil, porque cada um tem uma natureza, mas não tem jeito, cada um tem que fazer sua parte, não é mesmo? (F 8)

Apenas um familiar referiu que não dá para ajudar, pois o idoso não aceita ajuda de ninguém e é muito difícil conversar com ele.

A ajuda a que se referiram ocorre de várias formas: acompanhamento ao serviço de saúde, nos exames, consultas, compra de remédio, orientações quanto à dieta, fazer companhia o máximo de tempo, ajuda doméstica, conversa e muita paciência.

A imensa maioria dos familiares tinha conhecimento da existência de problemas de saúde no idoso, sendo que 92% citaram o diabetes, 23% a HA, além de algumas referências a problemas no coração, colesterol, depressão e outros.

Às vezes, a existência de algum problema de saúde foi expressa de maneira indireta, através de evidências relacionadas aos hábitos, por exemplo, como foi referido por um cônjuge: Tem sim. Ela come tão diferente.(F19)

Dos familiares entrevistados, 46% gostariam de receber orientações gerais sobre como lidar com o idoso e 61% gostariam de receber orientações sobre as doenças que ele apresenta.

Queria saber se tem jeito de chegar no final desse tratamento ou se não tem condições. Porque, se a medicina disser que não tem jeito, vai fazer o quê? (F 8).

Grande parte dos familiares (38%) referiu ter interesse em receber orientações sobre outras questões, tais como aplicação de insulina, sobre 'bebida, ou sobre todas as ações necessárias 'para que o idoso consiga vencer esta doença.'

◆ *Idosos*

Em relação à participação da família no cuidado da doença, a maioria (60%) afirmou que não gostaria que a família participasse mais do que já participa. As justificativas para isso são diversas. Consideram que os filhos já ajudam o suficiente ou que ainda não é necessária a ajuda, seja de transporte ou financeira:

Porque eles são moços, pobres e trabalham; não podem participar; Porque não precisou até agora nem de ajuda financeira e nem de transporte.

Às vezes, o idoso vê impossibilidade de ser ajudado:

Não adianta porque eles não têm tempo; até gostaria mas não tenho família...; porque eles são moços, pobres e trabalham; não podem participar; não gosto de amolar, os filhos trabalham muito.

Outros apontaram o difícil relacionamento familiar:

Porque a gente fica mais doente; Não sabem nem o que eu tenho, esquecem até que existo...

Um dos entrevistados revela a busca de autonomia como motivo do desejo para a não participação familiar: Gostaria de lidar sozinho. É uma batalha só minha. Ajuda é só de Deus. A família vai me deixar mais nervoso.

Alguns não vislumbram outro tipo de ajuda que não seja a financeira ou de transporte. Há aqueles que se sentem culpados pedindo ajuda, ao mesmo tempo expressando a mágoa de não serem auxiliados.

Os que afirmaram que gostariam que a família ajudasse no cuidado da doença, consideram que poderiam ser auxiliados de várias formas, principalmente ligadas ao relacionamento, evitando problemas, tranquilizando-os e dialogando mais (a família ficaria mais envolvida e preocupada comigo, me entendendo, conversando um pouco mais conosco, proporcionando uma convivência mais tranquila, isso ajuda muito), à compreensão da situação vivida pelo idoso, entendendo as limitações (ajudando no serviço, compreendendo minha situação, entendendo mais os nossos problemas e limitações, deixando a gente mais tranquila) e expressaram, também, o desejo de maior disponibilidade por parte dos familiares para que se possa efetivar a ajuda (gostaria, mas eles não têm tempo, sendo mais interessados e disponíveis, acho muito importante *a família participar. Ia ser bom se eles pudessem*).

◆ *Profissionais de saúde*

Os profissionais são unânimes em relação à importância da família.

Enfermeiro 1

A nossa área de atuação, o nosso papel enquanto formador e educador, deveria estar dentro do núcleo familiar. As famílias às vezes se afastam pelo desconhecimento de sua importância.

Ressalta como as famílias têm pouco tempo para os outros: As famílias só pensam no trabalho, então falta conversa. Nós poderíamos estar resgatando essa convivência.

Salienta, também, a importância das visitas domiciliares para estabelecer o contato familiar: A família é de vital importância. Quando você vai até a residência dessas pessoas, você descobre tanta coisa. É muito bom ver como as coisas acontecem na casa das pessoas, por isso a gente deveria estar lá, e não só aqui. Você vai para uma coisa e, no fim, acaba atuando em outras tantas...

O outro profissional de enfermagem também vê a família como elemento importante e relata que no grupo que coordena, existe participação dos familiares nas reuniões sobre aplicação da insulina, uma vez que dependem de alguém da família para ajudá-los.

Eu observo que, no geral, os clientes têm muita dificuldade de entendimento, mas também há tanta desagregação familiar, a situação de vida deles é extremamente difícil. Eu procuro sempre, dentro do possível, trazer a família para participar, seja vindo aprender a aplicação de insulina, seja acompanhando algum outro cuidado específico.

(Enfermeiro 2)

Às vezes a importância do papel da família é reconhecida, porém existem dúvidas de como isso deveria ocorrer. Um dos enfermeiros aborda a questão, enfatizando a importância do serviço ir ao encontro da família e, em nenhum momento, aponta o caminho inverso, simplesmente a família sendo acolhida pelo C.S.. Ressalta, também, a necessidade de respeitar a individualidade e a privacidade do cidadão.

A família é importante na aderência ao tratamento. Paciente crônico é um 'sem-vergonha' (no bom sentido). A doença não faz dele um ser diferente dos outros. O fato dele tomar medicação regularmente, bem como fazer dieta não é algo para ser superdimensionado. Porém temos que entendê-lo. O fato é a família ajuda, mas eu não sei qual o papel do C.S. com a família. É função nossa sim, desde que a gente encontre abertura nesse espaço familiar. Temos que distinguir em que situações é importante e em

quais situações é imprescindível . Eu, por exemplo, ia ficar mordido se eu tivesse uma doença crônica e o serviço fôsse na minha casa porque eu estava descontrolado. O serviço tinha que me consultar antes; ou o serviço me ganha ou usa estratégias para se aproximar da minha família. Agora, se minha vida estivesse em risco... aí é outra coisa.

(Enfermeiro 3)

AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

Também reconhece na sua prática a importância da família:

A família é importante, tem que ajudar.... Tem família que não colabora nadinha. Não ajuda no regime, na medicação, só traz problema para o paciente. Eu noto diferença em pacientes que tem família camarada, amiga, que não traz mais conflito para o doente.

MÉDICA:

Verifica-se que foi construindo e dimensionando a importância da família durante seu discurso.

O que eu verifico é que muitos dos nossos idosos são autônomos, tem companheiro, moram em casa independentes, o papel da família é mais um papel de suporte, apoio, e não cuidados. Agora, a gente tem alguns que são sequelados, ou que são analfabetos, ou que são mais idosos e precisam de mais atenção, então estes casos apresentam maiores dificuldades, eu acho que daí sim a família é importante, na verdade a família é sempre importante. Talvez fôsse legal a gente trabalhar com família. Nunca avaliamos este impacto. Esse trabalho com a família nos não tão dependentes (os que têm autonomia), acho que seria pioneiro e interessante, porque a gente da saúde só pensa na família do paciente pediátrico e do geriátrico altamente dependente.”

COMENTÁRIOS RELATIVOS AO PAPEL DA FAMÍLIA E SUA PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO

Dados de estudos brasileiros (IBGE,1997) revelam que o tamanho das famílias vem diminuindo devido à queda da fecundidade; se, em 1960, as famílias eram constituídas em média por 5,1 indivíduos, em 1995 a média passou para 3,6 – redução de quase 30% no período. Em nosso estudo, 88% dos domicílios têm até três moradores e, em 80% desses domicílios, a renda total não ultrapassa 2 salários mínimos. A inexistência de políticas sociais de suporte aos idosos, somada à redução das famílias e à pobreza colocam a pessoa idosa em situação de desamparo e a família, ainda, como a fonte principal do apoio necessário ao idoso.

A maioria dos idosos considerou sua família participante e manifesta explicitamente que não gostaria que eles participassem mais. Observamos que muitas falas carregavam uma ambigüidade, na qual o ‘não’ poderia estar encobrindo, na verdade, um desejo, exprimindo de certa forma uma sensação de abandono por parte da família (Não sabem o que eu tenho, esquecem até que eu existo).

Com relação aos familiares, percebe-se que, apesar de reconhecerem a importância de sua atuação no cuidado do familiar idoso e considerarem que participam, a expressão desta ajuda é restrita, já que poucos acompanham no tratamento ou ajudam no serviço da casa, ou, mesmo, que tenham conhecimentos sobre os diversos aspectos do tratamento do seu familiar. Em relação a este último item revelaram-se conhecedores, principalmente no que se refere ao local onde ele ocorre, à patologia que tratam e às medicações. Porém, consideram difícil realizar as mudanças necessárias no estilo de vida, com apenas 38,5% tendo mudado hábitos.

Caberia aqui uma interrogação para o serviço no sentido de como se tornar um agente potencializador, que estimule as mudanças necessárias, a fim de favorecer a qualidade de vida do idoso e da própria família.

Os familiares, de um modo geral, percebem a importância de sua participação no cuidado e expressam isso claramente. É também significativo o fato de grande parte deles expressarem vontade de receber orientações, principalmente aquelas ligadas à doença do idoso.

Da parte dos profissionais, evidenciou-se interesse na questão da inserção da família no tratamento, mas, como ainda é uma prática pouco usual, verificamos que não têm clareza de como poderia se dar, efetivamente, esta participação.

Há o reconhecimento, nas três esferas investigadas, da importância da família no cuidado do idoso com doença crônica. Faz-se necessário, contudo, saber em que medida, em quais momentos e em qual profundidade se deva inserir e efetivar essa participação.

Um dos profissionais de saúde entrevistados levanta essa questão e aponta a necessidade de estratégias para conquistar e atuar junto às famílias. Avalia que se constitui num espaço íntimo e pessoal, que demandaria técnicas de abordagem específicas e, principalmente, anuência por parte dos idosos, uma vez que estaríamos entrando em um território considerado particular.

A ausência de família, a total impossibilidade de participação ou a indiferença poderiam, de certa forma, ser consideradas como características ‘dificultadoras’ para o cuidado e, por outro lado, a disponibilidade familiar ou, pelo menos, a receptividade se constituiriam como componentes de um ‘papel mais facilitador’ da família frente ao cuidado. Pela falas apreendidas, percebe-se que a família tem uma função relevante, que transcende os cuidados tradicionais, ajudando, sobretudo, naquilo que foi expresso como o ‘modo de animar’.

4.5. ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA

Das entrevistas e das falas dos idosos entrevistados, dos seus familiares, dos profissionais de saúde e à luz da análise dos prontuários, buscamos resgatar como estava sendo considerada a questão da aderência e do controle da doença crônica

◆ Idosos

Em relação ao controle de sua doença, a grande maioria (78%) refere estar com o diabetes controlado.

A maioria (96%), pode ser considerada aderente, levando em conta os critérios de adesão, tanto nas abordagens realizadas diretamente com os idosos, como nas análises do prontuário clínico dos mesmos.

Confrontados com as dificuldades de se lembrar das datas de retorno ao serviço e das orientações fornecidas pelos profissionais do Centro de Saúde, a grande maioria (96%) afirmou não apresentar nenhuma dificuldade nesta área. Da mesma forma, nenhum dos idosos referiu dúvidas quanto ao horário ou à dose das medicações em uso e todos relatam vir regularmente às consultas agendadas.

A grande maioria (95,6%) faz uso de medicação, diariamente e sob prescrição médica, sendo que (65,2%) faz uso de 2 ou 3 medicações, em várias tomadas diárias.

Uma questão que se evidencia em algumas falas de idosos que consideram não estarem controlados, é a sua percepção sobre 'algo' que influencia o controle e, ao mesmo tempo, escapa das orientações convencionais sobre dieta e medicação.

Mesmo a gente fazendo dieta do jeito que eu faço e tomando remédio, tem dia que sobe... sobe com preocupação, desgosto, susto. Quando estou calma, tranqüila, ela fica estável. (I 8)

Um outro idoso nos explica: Não tem comprimido para a dor...

Pesquisadora.: Que dor?

Entrevistado: A dor que eu sinto lá dentro. (I 15)

◆ *Familiars*

A maior parte dos familiares entrevistados (77%) considera que a doença crônica que o idoso trata no CS está controlada e, quando questionados sobre o que está favorecendo o controle, a maioria atribui ao fato de estarem seguindo a dieta corretamente, bem como utilizando a medicação e comparecendo ao serviço de saúde.

Dos motivos apontados pelo familiar para o descontrole, fazem referência ao nervosismo que o idoso passa dentro da família e a aspectos emocionais como os principais motivos:

Não dá para ser controlado com essa depressão que ela tem. Além disso é muito nervosa. (F 21- cônjuge)

Não sei o que acontece, o porquê que não controla. Ele não come fora de hora, não come doce, toma os remédios. Desde que pareceu essa doença ele ficou mais nervoso, mais parado...(F 17- cônjuge)

Não está controlado, e eu tenho quase certeza que se não fosse o nervoso que ela passa com os filhos estaria muito melhor.(F2- sobrinha)

A maioria (70%) dos familiares não acompanha o idoso ao serviço de saúde, ainda que grande parte refira que o paciente vai ao serviço freqüentemente, para grupo de controle e consultas médicas. A atividade do 'grupo' foi lembrada e valorizada por praticamente todos os familiares.

◆ *Profissionais de saúde*

Uma das enfermeiras revela frustração, centrando suas preocupações nas visitas domiciliárias. Nesse momento vê se impossibilitada de participar ou de executar mais visitas, o que lastima, uma vez que as considera importantes para uma maior adesão dos clientes.

Na minha opinião, para uma maior adesão dos pacientes seria necessário mais recursos humanos, mais profissionais na área de enfermagem, em especial. A minha maior preocupação é que enquanto eles estão aqui com a gente, tudo bem, mas eu em particular gostaria de estar indo lá na casa dessas pessoas, orientando, vendo se estão fazendo tudo direitinho. A gente não faz isso porque não tem perna. O ideal seria eu estar indo. (Enfermeiro 1)

Destaca, também, a carência afetiva das pessoas idosas: As pessoas de idade vêm aqui às vezes só para ter cinco minutos de conversa com a gente. Eles falam assim: Só vim para te dar um oi, agora vou ter um dia melhor.

O profissional que coordena um dos grupos considera os pacientes controlados e, revela a importância do vínculo e da relação de confiança. Acredita que o grupo transcende sua finalidade e, além de se transformar em grupo de vivência, fica sendo de extrema importância na terapia para o autocuidado, ou seja, é um grupo de reforço, com a finalidade do paciente assumir os cuidados com sua saúde.

Eu vejo como fundamental para a aderência, o vínculo com o serviço e com os profissionais; a relação de confiança é fundamental para o sucesso do tratamento. Outra conduta minha é não infantilizar o doente, não dar bronca e tampouco tratá-lo como alguém incapaz; o respeito antes de mais nada. Não sou radical com os pacientes com doença crônica, não dá para ser. Vejo o controle como algo muito dinâmico, assim como a vida e a doença apresentada pelo idoso. No geral, acho que estão controlados, mas é impossível dar alta. (Enfermeiro 2)

Já o outro enfermeiro, por ser também coordenador da unidade, manifesta preocupação com a questão gerencial e comenta o conflito que os gestores vivem, entre optar por uma organização do serviço orientada pelo perfil epidemiológico, ou orientada pela demanda. Neste ponto, aponta que sua tendência sempre foi trabalhar com a demanda, apesar de, na região de atuação do CS, as doenças endócrinas constituírem a quarta causa de óbito. Os grupos entrariam para romper o modelo de controlar doença crônica só com consulta médica:

Sinceramente, eu não quero que os pacientes sejam mais aderentes do que eles já são. Eu gostaria de trazer os pacientes que não estão podendo frequentar aqui por “n” motivos. Tenho uma concentração de consulta médica (consultas pelo mesmo motivo, com o mesmo doutor) de 3, acho que é uma concentração razoável; portanto, não tenho preocupação de aumentar a aderência. Acho que devemos dar liberdade para o cidadão para procurar o Centro de Saúde a qualquer tempo. O serviço tem que tomar cuidado para não tutelar. Isso não é bom, nem para o serviço, nem para o paciente. Para mim tutela significa segurar e não dar autonomia. (Enfermeiro 3)

AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

Acredita que em relação à aderência, o serviço está bem adequado, não tendo nenhuma proposta a sugerir:

Acho que, na questão de aderência, o serviço faz tudo o que pode. Principalmente para este grupo, é muita mordomia, ganham bolacha, suco da PUCC . A enfermagem atua muito, a nutrição, a medicina, além disso tem os alunos... Acho que em relação à aderência está perfeito.

Relativamente à presença de pacientes aderentes e não controlados, é ambígua:

É bastante normal a gente pegar na rotina do grupo glicemias acima de 160, é freqüente. Agora, paciente descontrolado mesmo, é difícil. Só acontece fora do grupo. No grupo eles estão geralmente controlados. (...) Minha luta é em cima do controle.

MÉDICA

Refere que não encontra nenhum problema de aderência no grupo, o que, de certa forma, foi confirmado por nós. Faz uma análise mais global, afirmando a necessidade de garantir medicação e mais consulta e também mais horários para outros grupos.

Nós temos que estar garantindo a medicação básica para diabetes e hipertensão, talvez mais consultas. Para os que não podem comparecer, poderíamos tentar horários alternativos. Paciente não aderente, se ocorre, é muito esporádico. Olha, na questão da aderência, o que eu sinto dificuldade é do paciente vir conhecer o grupo e até de começar a participar por conta dos horários.

♦ *Análise dos prontuários*

Por meio dos prontuários, verificamos que 70% dos idosos, além de serem diabéticos, também eram hipertensos.

Tempo de doença diagnosticada: 43% têm a doença há mais de 10 anos e em 30% dos prontuários não havia registro dessa informação.

Tempo de tratamento no serviço: 82% estão em tratamento no serviço há mais de 4 anos.

Todos os entrevistados comparecem ao serviço numa frequência quinzenal (em virtude da atividade de grupo). Nos últimos 6 meses, todos também freqüentaram atendimento de enfermagem e consulta médica. Além disso, a consulta com a nutrição também foi extremamente freqüente (87%). Isso reflete o modelo assistencial do CS, particularmente no que concerne ao cuidado do paciente diabético.

Em relação ao tempo em que freqüentam o grupo, 39% dos entrevistados referiram participar do grupo há pelo menos 2 anos; 26% há 3 anos e outros 26% há mais de 4 anos.

A grande maioria (65%) dos entrevistados tomam 3 ou mais medicações; 17,3% tomam 2 medicações e apenas 13% toma apenas uma medicação. O número de tomadas diárias, em 78% dos casos é superior ou igual a duas tomadas. Na maior parte dos prontuários examinados não existe nenhum registro sobre efeitos colaterais das medicações. A partir dos dados dos 23 prontuários analisados, pode-se dizer que 21 (91,3%) idosos são aderentes ao tratamento, com somente 2 (8,6%) sendo não aderentes.

Praticamente o inverso acontece com o controle. Oitenta e sete por cento dos clientes cujos prontuários foram analisados não estavam controlados, quando se consideram os critérios do Protocolo de Diabetes as SMS/Campinas (Anexo 5).

O quadro seguinte apresenta um resumo da avaliação sobre o controle do *diabetes mellitus* obtido nas entrevistas e análise dos prontuários.

Comparação entre análise do prontuário clínico e opinião dos pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre o controle do *Diabetes mellitus*

DIABETES MELLITUS	PARA O PACIENTE	PARA O FAMILIAR DO IDOSO	PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO	ANÁLISE DO PRONTUÁRIO
CONTROLADO	78%	77%	'A MAIORIA'	13%
NÃO CONTROLADO	22%	23%	'A MINORIA'	87%

O mesmo não ocorre em relação à hipertensão arterial, em que o prontuário revela que 80% dos idosos estão controlados.

COMENTÁRIOS RELATIVOS À ADESÃO E AO CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA

Os resultados encontrados evidenciam a dificuldade do controle adequado e a importância da assistência multidisciplinar. Observou-se alta aderência, apesar de ficar evidente que aderência não é sinônimo de controle, especialmente em relação ao diabetes.

A alta aderência ao tratamento que foi constatada não encontra ressonância nos estudos brasileiros sobre adesão, que apontam em outra direção.

Em inquérito populacional com medida de níveis glicêmicos, que fez parte do estudo de prevalência do *diabetes mellitus* realizado em Salvador (BA), por LESSA (1988), foram buscadas as razões para a não adesão ao tratamento do DM, sendo a falta de interesse e a ausência de sintomas as causas mais referidas. Neste estudo, 30,5% dos diabéticos mencionaram tratamento irregular e a frequência de diabéticos com um bom controle (30%) não diferiu entre os sexos, nem entre as diversas modalidades assistenciais. Entre os diabéticos do estudo multicêntrico nacional (BRASIL, 1992), cerca de 22% dos que sabiam ter a doença não faziam nenhum tipo de tratamento, revelando que a não adesão é comum entre diabéticos.

Estudo sobre adesão à consulta e/ou tratamento da hipertensão e do diabetes em ambulatórios em Salvador, realizado por FONSECA(1995), com base em inquérito e em resultado clínico-laboratorial obtido no dia da entrevista (níveis da pressão arterial ou glicemia de jejum), mostrou que glicemias abaixo de 120mg/100ml só foram verificadas entre pacientes que aderiram ao tratamento (19%).

Verifica-se, portanto, que a adesão sempre foi indicativo de controle, o que não ocorreu neste estudo. O fato de adesão não ter significado controle, especialmente em pacientes que freqüentam regularmente práticas educativas, é um achado questionador.

A atividade de grupo foi citada por todos os familiares entrevistados e valorizada por eles. Ele não falta de jeito nenhum... faz muito bem para ele. (F22); Graças a Deus, existe esse grupo, porque senão não sei o que ia ser dela. (F 1).

Compartilhar de atividades grupais com pessoas da própria geração, segundo vários estudos, favorece o bem-estar do idoso porque facilita a emergência de significados comuns e a maior aproximação interpessoal (LARSON, 1978; BLAU, 1981; OKUN *et al*, 1984).

Os profissionais de saúde vêm com interesse e valorizam as atividades no grupos; porém, notamos uma preocupação do coordenador com os rumos dessa prática e com o excesso de tutela por parte dos profissionais, o que, segundo sua opinião, não favorece a autonomia dos pacientes.

Os programas de educação em saúde, especialmente os grupos educativos, não podem ignorar a constituição subjetiva dos sujeitos. Não basta informar ou orientar, se não houver comunicação, na qual se estabeleça uma qualidade afetiva, numa dinâmica que possibilite a emergência de novas necessidades e emoções.

O nervosismo e as preocupações aparecem de forma freqüente nos discursos dos idosos e dos familiares, sendo apontados como agravantes dos problemas existentes. A necessidade de evitá-los revela insegurança e medo dos sujeitos em relação a mudanças em suas vidas. Neste sentido, as transformações não estão circunscritas apenas à doença, como é apontado na maioria das vezes, mas ao momento da vida em que se encontram, ao significado que atribuem às modificações presentes em suas vidas e que estão associadas, principalmente, ao envelhecimento e ao sentido de apoio ou solidão, ao sentido de vida compartilhada ou de vazio. Em resumo, estar ou não acompanhado ou integrado à família.

Fazendo uma analogia com o momento de vida que estes pacientes vivenciam, podemos pensar que o vazio a que se referem está relacionado com o confronto com o passado, com sua existência e a falta de perspectiva.

Segundo Clavreul (1983):

a doença constitui, para muitos doentes, um verdadeiro estatuto social e familiar que confere ao sujeito uma existência que não teria sem ela(...) A doença é, assim, um cartão de visita que indica e instaura as relações humanas; pelo menos uma relação, aquela que estabelece com o médico.

Podemos pensar que a doença pode ser uma forma de ‘bordejar’ um vazio, de nomear uma dor, de preencher uma solidão que remete a aspectos existenciais, e pode envolver o desejo de ser reconhecido, de existir para alguém (o profissional de saúde, por exemplo).

O elevado grau de aderência às consultas e atividades de grupo encontrado em nosso estudo pode ser entendido dentro desta busca de vínculo, que encontra ressonância na forma como se desenvolvem as atividades com essa clientela, com atendimento multiprofissional e existência de profissionais de referência, tanto no atendimento individual, como no grupo.

Na fala da equipe de saúde também aparece de forma significativa a valorização do vínculo com o paciente. Cada vez mais, percebe-se que ampliar o vínculo dos profissionais de saúde com a clientela, com pessoas portadoras de problemas concretos, consideradas em seu contexto existencial, é a mola mestra dos projetos que pretendem mudar os modos de atenção.

A questão da autonomia e liberdade para o acesso, também foi referida, o que é interessante uma vez que a produção de autonomia entre os clientes pode ser encarada como um avaliador da qualidade do serviço.

E em relação ao controle? Caberia, aqui, seguinte pergunta: por que os critérios de controle estariam sendo relativizados pela equipe de saúde? Apesar de existirem elementos objetivos para avaliação do controle adequado, parece que os profissionais, sejam médicos ou enfermeiros, valorizam bastante a assiduidade ao serviço, que passa a encobrir e se tornar mais relevante do que o controle propriamente dito.

Da parte dos pacientes, quais seriam as dificuldades de se obter um real controle da doença crônica? Por que uma aderência tão estreita a atendimentos individuais e em grupo repercute pouco no grau de controle da doença? Será que a forma de atuação, levando pouco em conta elementos do contexto (condições socioeconômicas; dinâmica familiar, etc.) e da subjetividade e, ainda, utilizando uma abordagem mais prescritiva que participativa, não estaria comprometendo a possibilidade de se alcançar um cuidado mais efetivo?

Questiona-se se, às vezes, impõe-se missões quase impossíveis aos idosos nesse momento de suas vidas, ao tentar convencê-los de que é necessário exercitar-se mais, comer menos e melhor, além de outros cuidados essenciais para o portador de diabetes, tais como examinar pele, pés, tomar medicações em horários regulares, não se estressar desnecessariamente.

Dificuldades de incorporar as mudanças no estilo de vida foram referidas pelos entrevistados, mas a maior parte deles expressa aderência quase total a elas. É possível que este discurso de conformidade com as orientações aproxime-se mais de um conhecimento formal, e, mesmo, de um desejo de corresponder a uma expectativa da equipe, do que uma real incorporação aos cuidados necessários. Talvez, agregando a família à terapêutica, possa se ampliar as possibilidades de controle, uma vez que todo esse complexo processo de tratamento dá-se efetivamente, em casa e no cotidiano da vida das pessoas.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tal como explicitado no início deste trabalho, o objetivo geral consistiu em conhecer as representações sociais dos idosos, familiares e profissionais de saúde sobre o papel da família no cuidado ao idoso portador de doença crônica. Entende-se que, através desse conhecimento, os profissionais envolvidos com essa questão, ao pensar na família do paciente idoso de forma incluyente, poderão contribuir para a melhor compreensão, não só das questões que norteiam a doença crônica, sua terapêutica e controle, como também daquelas que acompanham o processo de envelhecimento, visando uma melhor qualidade de vida.

A significação da doença crônica é marcada pelo confronto entre as configurações já existentes e a qualidade particular daquilo que eles enfrentam no momento atual. Uma das motivações que orienta o enfrentamento dos novos eventos é a esperança na cura da doença e o desejo de manter-se, para si e para os outros, como ativo e saudável. Trata-se, portanto, de uma tensão entre vivenciar a doença e suas limitações e querer manter a independência e autonomia.

Esperar dos sujeitos, particularmente dos idosos, o cumprimento das orientações prescritas, sem levar em conta a sua dimensão subjetiva e suas condições de vida, só tende a reforçar a idéia que ainda subsiste em nosso meio, de que eles são incapazes de compreender e seguir a terapêutica e, por conseguinte, de tornar efetivo o cuidado à saúde.

Para a promoção da saúde não basta 'ministrar medicamentos ou ensinar novos conhecimentos e padrões comportamentais. É preciso atuar nas necessidades e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas, isto é, na base afetiva do comportamento.' (SAWAIA, 1995)

O cuidado do paciente idoso poderá ser mais integral e efetivo ao considerar elementos relacionados à situação familiar, sua estrutura de relacionamentos, suas potencialidades, sua capacidade de atuar de maneira conjunta na proposta de atenção à saúde. Sem este diagnóstico ampliado, torna-se bastante empobrecida nossa avaliação de situação de saúde e, conseqüentemente, as possibilidades de atuação.

A análise das representações sobre o papel da família no cuidado ao idoso com doença crônica permitiu compreender melhor como se posicionam os sujeitos envolvidos na adesão aos cuidados. Considera-se que a aderência ao tratamento não depende apenas de uma somatória de fatores pontuais num determinado momento, como se fôsse uma reação do tipo estímulo-resposta, às vezes sugerida pela literatura e incorporada acriticamente no cotidiano das nossas práticas de saúde. Adesão ao tratamento corresponde a um processo complexo, que envolve a significação das ações para os idosos, para o que contribuem suas emoções e motivações. Aderência a prescrições e seguimento não significa, obrigatoriamente, controle da doença. O controle abrangeria, também, outros 'canais', não ficando circunscrito aos profissionais da área de saúde, mas envolvendo também a configuração da doença crônica no contexto da própria vida dos idosos.

Verifica-se que a família apresenta uma demanda latente, principalmente de mais informações sobre a doença. O serviço de saúde, por sua vez, mostra-se aberto a possibilidade de discussão acerca de uma maior inclusão da família no cuidado, reconhecendo sua importância, porém sem uma proposta concreta de trabalho. O idoso, em relação à participação familiar, tem um discurso ambíguo e não vislumbra a possibilidade da família ser acolhida pelo Centro de Saúde. Vê a família como aquela que apoia e anima, porém intradomicílio e não a inclui na relação com o serviço de saúde.

Esta pesquisa permite afirmar que a inclusão de familiares idosos portadores de doença crônica, nas práticas educativas que ocorrem nas unidades básicas, poderia representar a abertura de um novo caminho para que o cuidado à saúde se torne mais efetivo, facilitando, entre outras coisas, a possibilidade de controle.

Apesar deste estudo ter se realizado com uma população específica e de um universo limitado, a principal preocupação foi a de realizar uma análise qualitativa a partir dos dados oferecidos pelas três fontes de informação. Evidentemente, os referidos dados não podem ser amplamente generalizados, mas, oferecem indicações valiosas para a atuação junto a este grupo e a outros com características semelhantes. Um assunto tão vital e complexo, como é o de buscar alternativas para assegurar a qualidade de vida no cotidiano dos idosos, não pode ser esquecido. A intenção foi a de compreender algumas relações que permitam ir abrindo opções para que esta problemática possa ser estudada cada vez mais e com maior profundidade.

Este estudo oferece elementos de apoio e de reflexão para diversas áreas de atuação, como a assistência, o ensino, a pesquisa e os saberes e práticas de enfermagem.

Para a assistência:

- oferece elementos referenciais relacionados ao contexto familiar e domiciliar, pouco explorados na realidade dos serviços de saúde, permitindo ampliar as possibilidades de assistência à saúde das pessoas.
- evidencia a necessidade de um maior aprofundamento nas questões relacionadas à família e à sua dinâmica, de modo a subsidiar a construção de estratégias que ampliem a efetividade do cuidado.
- remete a questionamentos relativos ao controle e à aderência, conceitos e indicadores frequentemente utilizados e que necessitam ser mais discutidos e problematizados.

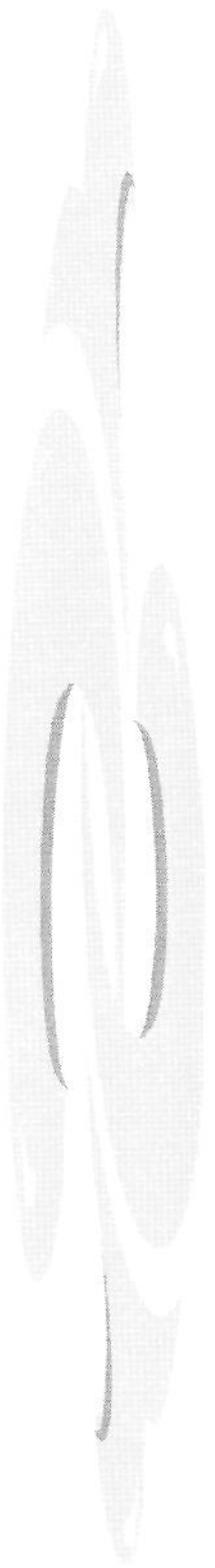
Para o ensino:

- aplicação nos conteúdos dos estágios curriculares de graduação das ciências da saúde, contextualizando o aprendizado do cuidado aos idosos e pacientes crônicos.

Para a pesquisa:

- contribuir para o desenho e a avaliação de intervenções educativas e assistenciais que possam, mais eficazmente, incluir a família e as relações familiares na estratégia de cuidado aos idosos.
- Problematizar outros possíveis fatores que estejam envolvidos na questão da aderência e do controle de doenças crônicas

Para o saber e as práticas da enfermagem é importante encarar a família como possível facilitadora da adesão e do cuidado em enfermagem. Conhecer a família é, de alguma maneira, conhecer o passado e o presente de nossos idosos e assim poder projetar um futuro mais digno num ambiente de cuidado.



6. SUMMARY

This is a research of exploratory character, motivated by real-life and theoretical concerns, that makes use of a qualitative approach in the study of the social representation of the role of the family in the care of the elderly patient who suffers a chronic disease.

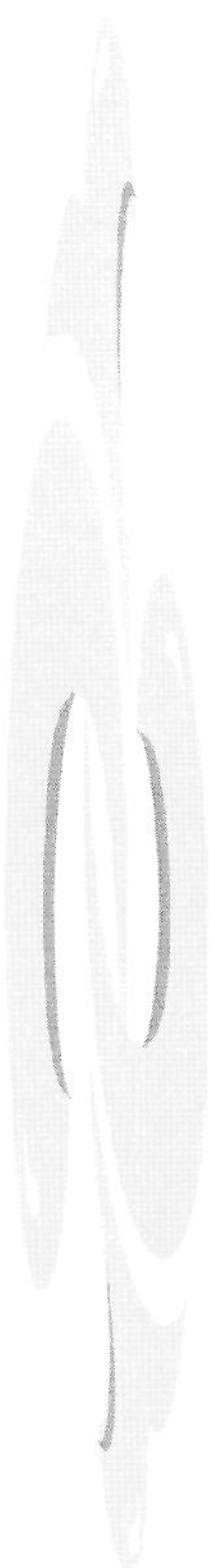
The role of the family of the elderly patient was chosen due to its potential to help understand the questions that surround chronic disease, its therapeutics and control, as well as those that accompany the aging process, aiming a better quality of life in a caring surrounding.

A theoretical revision of the main subjects of this research – elderly, family, old age, attention to chronic diseases, adherence and nursing care – was made, presenting the aspects of greatest interest for the elaboration of the object of study.

The empirical work was carried out with patients from a Health Center of Campinas, in the year 2000. Elderly patients who suffer of Diabetes Mellitus, their relatives and health care professionals were interviewed.

As main conclusions, we verified that the aging process and chronic disease are inseparable, mutually participating of the transformations in the lives of the patients interviewed. Most of the diabetic elderly patients know that the disease has no cure, nevertheless, they desire to be cured. We observed a high adherence to the treatment, and that this adherence often does not reflect in control of the disease. The magnitude of the problem of adequate control and the importance of multidisciplinary assistance were evidenced. The family has a role recognized as important by all components of the triad (elderly – families – health care professionals), but the strategies necessary for a process of greater inclusion of the aspects related to the family in the organization of the care are not clear.

We believe that the reflections that this study inspires can contribute to the reformulation of assistance practices, as well as to teaching and knowledge in Nursing.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDWIN, S.M. The elders life stress inventory: egocentric and nonegocentric stress. In: M.E.Stephens, J.H.Crowther,S.E.(eds.)- **Stress and coping in later-life families** Washington: Hemisphere,1990.
- ALONSO, N.B; SILVA, D.F.; CAMPOS, C.J.R. Aderência em epilepsias: aspectos conceituais e fatores de influência. **Arq. Neuro-Psiquiátrico**, 49,(2) :147-9, 1991.
- ANDERSON, M. **Family structure in nineteenth century**. Cambridge, Cambridge University Press, 1971.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978
- BARO, F.- Psychological factors and health of the elderly. In: Pan- American Health Organization. **Toward the well-being of the elderly**. Washington, D.C., 1985. p.79-83.
- BERCOVICH.A.M. Características regionais da população idosa no Brasil. In: Seminário Nacional de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade. Fundação João Pinheiro, **Anais**. Belo Horizonte,1992, p. 41-62.
- BERGER,L.- O consumo de medicamentos pelos idosos In: BERGER,L.: MAILLOUX-POIRIER,D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa, Lusodidacta, 1995, p. 439-64.
- BERQUÓ E. Características demográficas e sócio-econômicas da população idosa. do Seminário Nacional de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade., Fundação João Pinheiro, **Anais** .Belo Horizonte,1992, p. 41-62.
- BILAC, E.D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M.C.B.(org.) **A família contemporânea em debate**. 2ª ed.; São Paulo, EDUC/Cortez, 1997.
- BLAU, Z.S. **Aging in a changing society**. Franklin Watts, Nova Iorque, 1981.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro. VOZES, 1999.

- BRADLEY, L. Adherence with Treatment regimens among adult rheumatoid arthritis patients: current status and future directions. **Arthritis Care and Research**, vol.2, n.3, pp. 33-39, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ FNS / Centro Nacional de Epidemiologia. **Informe epidemiológico do SUS**, 1992. Brasília v.1(4).
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria De Assistência à Saúde/Departamento De Programas de Saúde - **Doenças cardiovasculares no Brasil**. Brasília, DF, junho 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Manual de Diabetes**, 2ª edição (revista), 1994.
- BRASIL, Fundação IBGE **Anuário Estatístico do Brasil**. Brasília, IBGE,1991.
- BRASIL, Fundação IBGE Características demográficas e sócio-econômicas da população. **Anuário Estatístico do Brasil**, 54(1), 1994.
- BRASIL, Fundação IBGE **Censo demográfico 1991** - resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 1994.
- BRASIL, Fundação IBGE **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - síntese de indicadores**. Rio de Janeiro,1996.
- CANÇADO, F.A. Transformações nos padrões de mortalidade por idade e causas. In: Seminário Multidisciplinar de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade, Belo Horizonte, 1992. **Anais**. Belo Horizonte, 1992, p. 85-126.
- CANTOR, M.H. Family and community: changing roles in aging society. **The Gerontologist**, 31, (3):337-46, 1991.
- CARVALHO, M.C.B. - A priorização da família na agenda da política social. In: CARVALHO, M.C.B.(org.) **A família contemporânea em debate**. 2ª ed., São Paulo EDUC/Cortez, 1997.

- CARVALHO, V.F.C.; FERNANDEZ, M.E.D. – Depressão no idoso In: PAPALÉO NETTO, M. **GERONTOLOGIA**, São Paulo, Atheneu, 1996, p.160-73.
- CÁRNIO, A.M.; CINTRA, F.A.; TONUSSI, J.A.G. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial - relato de experiência. **R. Bras. Enferm.**, 48,(1): 39-45, 1995.
- CHAIMOWICZ, F. - A saúde dos idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, 31,(2): 184-200, São Paulo,1997.
- CINTRA, F.A et al. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de glaucoma: um estudo da aplicação de um plano educativo. In: 28º Congresso Brasileiro de Oftalmologia. **Anais**, Salvador, 1995
- CINTRA, F.A. **A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva Vygotskiana: subsídios para a educação à saúde** São Paulo, 1998. [Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da USP]
- CLAVREUL, J. **A Ordem Médica – poder e impotência do discurso médico**. Brasília, Editora Brasiliense, 1983.
- COCCO, M.I.M. **A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva**. Campinas, 1991. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas]
- COLE, T.R. **The journey of life: a cultural history of aging in America**. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
- COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1989.
- COSTA, M.A. **Terceira idade no Brasil: perfil sócio-demográfico**. In: Seminário Multidisciplinar de Especialistas Brasileiros em Terceira Idade, Fundação João Pinheiro. **Anais**, Belo Horizonte, 1992.

- COSTA, V.P. et al. O que os pacientes sabem sobre glaucoma? **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, 58, (1) : 36-41, 1995.
- DEBERT, G.G. Família, classe social e etnicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, 33: 33-49, jan/jun 1992.
- DEBERT, G.G. **Reinventando o envelhecimento: socialização e processos de reprivatização da velhice**. Campinas, 1997 [Tese de Livre-Docência, IFCH/Unicamp].
- DIAZ, R B. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. **GERONTOLOGIA**, São Paulo, Atheneu, 1996. p.230-41.
- DOMINGUEZ, O. - Atención de enfermería a domicilio. **Bol.Hosp.**, Viña del Mar, 45(1):26-30, Chile, 1989.
- EVANS, J.G. Prevention of age associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **Journal Chronical Diseases**, 37, (5): 353- 69, 1984.
- FERRARI, M. A. C. – Lazer e ocupação do tempo Livre na terceira Idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **GERONTOLOGIA**, Atheneu, 1996.
- FLETCHER, R.H; FLECHTER, S.W.; WAGNER, E. - Artes Médicas, cap.7, In: **Epidemiologia Clínica**. Porto Alegre, 1989.
- FONSECA, C **Socialização em famílias de baixa renda: Estado x família x rua**. Relatório do Grupo de Trabalho Família e Sociedade (mimeo), ANPOCS, Nova Friburgo, 1982.
- FONSECA, J.S. **Adesão de pacientes hipertensos à consulta e/ou tratamento**. Salvador 1995. Dissertação de Mestrado, [Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia].

- FOSTER,D.; KLINGER,V.L.; WISPE,L. – Male longevity and age differences between spouses. **J. Gerontology**, 39:117-20,1984.
- FRY, S. T. The philosophical foundations of caring. In: LEININGER, M. **Ethical and moral dimensions of care**. Detroit, Wayne State University Press, 1990, p.13-24.
- FRENK J.; FREJKA T; BOBADILLA,J.L.; STERN,C.; LOZANO,R.; JOSE,M. La transición epidemiologica en America Latina. **Bol. Sanit. Panam.**, 111,(6) : 485-96, 1991.
- GEORGE,L. – Social Structure, social process and social-psychological states. In: **Handbook of aging and social sciences**. 3^a ed. San Diego, Academic Press, 1990.
- GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo, Editora da UNESP, 1993.
- GOLDANI, A.M. **Mulher, Família e Transição Demográfica**. Relatório do Grupo de Trabalho Família e Sociedade, Águas de São Pedro, ANPOCS, 1989.
- GOMES,H.S.R. **Um estudo sobre significado de família**. São Paulo, 1988 [Tese de doutorado, PUC-SP.]
- GONÇALVES, L.H.T. et al. Ser ou estar saudável na velhice. **Rev. Texto e contexto**, Florianópolis,v.1,nº 2, jul./dez 1992.
- GREENBERG, J.S & BECKER, M. - Aging Parents as Family Resources. **The Gerontologist**, 28, (6): 786-91, 1988.
- HENDERSON, V. **Basic principles of nursing care**. International Council of Nurses Genebra, 1960.
- HOMEDES N. & UGALDE A. Research on patients compliance in developing countries. **Bull Pan Am Health Organ.**, 28,(1) : 17-33, 1994.

- HORAN, M.A Presentation of disease in old age. In: Brocklehurst, J.C; Tallis, R.C. **Textbook of geriatric medicine and gerontology**, 4^a ed. Edinbrugh, Churchill Livingstone, 1993.
- HÔTE, J.M. - A política social em favor das pessoas idosas. In: **Brasil: uma política para a velhice já**. Rio de Janeiro, p.197-264, 1988.
- JENICEK, M. & CLEROUX, R. **Epidemiología: principios, técnicas, aplicaciones**. Salvat, Barcelona, 1987, cap.12.
- JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia Básica**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.
- KALACHE, A.; VERAS,R.P.;RAMOS,L.R. - O envelhecimento da população mundial um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 21,(3): 200-210, 1987.
- KEELING, A.; SHUSTER, G.; BOYLLE, A. Noncompliance revisited: a disciplinary perspective of a nursing diagnosis, **Nursing Diagnosis**,4,(3):91-8, 1993.
- KING, I.M. - **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York, Wiley, 1981.
- LARSON, R. Thirty years of research on the subjective well-being of olders americans. **Journal of gerontology**, 33: 109-125, 1978
- LEME, L.E.G.L. - A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica . In: PAPALÉO NETTO, M. **GERONTOLOGIA**, Atheneu, São Paulo, 1996
- LESSA, I- Epidemiologia, assistência médica e impacto econômico-social das doenças cardiovasculares e do *diabetes mellitus*. **Informe Epidemiológico do SUS**, Cenepi/ Ministério da Saúde, 1993.
- LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. In: LESSA, I. (org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo ED. HUCITEC/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1998.

- LESSA, I.; POUSADA, J.; FONSECA, J. Adesão ao tratamento e/ou às consultas e controle de pacientes diabéticos. *Arq. Bras. Med.*, 72,(3): 97-104, 1998.
- LUCENA, J. - Aspectos sócio-culturais da saúde mental na terceira idade. *Rev. Neurobiol.*, 51,(1):3-30, Recife, jan-mar 1998.
- MANSUR, L.L.; VIUDE, A.- Aspectos Fonoaudiológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **GERONTOLOGIA**, São Paulo, Atheneu, 1996, p284-96.
- MASCARO, S. - **A Imagens de velhos e da velhice nas páginas do jornal O Estado de São Paulo 1988-1991**. São Paulo, 1991 [Tese de Doutorado, ECA/ USP.]
- MATURANA, H. & VERDEN-SOLLER, G. – **Amor y juego: fundamentos olvidados del humano desde el patriarcado a la democracia**. Santiago, Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Chile, 1993.
- MENDES, E. V. – **Uma Agenda para a Saúde**. 2ª ed. – São Paulo, HUCITEC, 1999.
- MERCIER, J.M.; PAULSON, L.; MORRIS, E.W. Proximity as a mediating influence on the perceived aging parent-adult child relationship. *The Gerontologist*, 29,(6):785-91, 1989.
- MILLER, P.; WIKOFF, R; HIATT, A. Fishbein's mode of reasoned action and compliance behavior of hipertensive patients. *Nursing research*, 41,(2):104-09, march/april 1992.
- MINAYO, M.C.S. - **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2ª ed., São Paulo HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- MONTEGOMERY, A.K. – Avaliação Funcional do Idoso versus Avaliação Clínica tradicional. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992
- MORGAN, A.J. & MORENO, J.W. **La practica de enfermeria de salud mental**. Colômbia, Of. Sanit. Panamericana, 1979.

- MORSE, J.M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv. Nursing. School.*, 13(1):1-14, Sept, 1990.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH The Fifth Report of the National Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. NIH, n.º 93, 1993.
- NERI, A.L. **Desenvolvimento adulto e fases de desenvolvimento ocupacional.** Palestra proferida durante o 3º Simpósio de Benefícios e Serviço Social/ SENAC-Prodemp, não publicada, 1990 a.
- NERI, A L. **Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas, Editora da UNICAMP, 1991 b.
- NERI, A.L. Falando do adulto e temporalidade. In: Manzolli, M.C **Viver adulto e Enfermagem**, Ed. Rumos, 1993c.
- NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura.** Papirus, Campinas, 1993d.
- NEUGARTEN, B.L. - Age norms, age constitutions and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70: 710-17, 1989.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem :o que e o que não é.** São Paulo Cortez, 1989.
- OKUN, M.A. - The social activity/subjective well-being relation: a quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6: 45-65, 1984.
- OREM,D.E. - **Nursing: concepts of practice.** New York, Mc Graw- Hill, 3ª ed., 1985.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD **Enfermería gerontológica: conceptos para la practica**, Washington, 1993. (Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud,31).

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD **La práctica de la enfermería gerontológica** In: Grupo de trabajo sobre la enseñanza de la enfermería gerontológica, Maracaibo, Venezuela, 1988
- PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **GERONTOLOGIA**, Atheneu, São Paulo, 1996.
- PATRÍCIO, Z.M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis,1990.[Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]
- PINTO, A.T.B.C.S. **Avaliação de uma unidade docente-assistencial no município de Campinas: alguns aspectos da capacidade resolutiva**. São Paulo, 1995. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, USP.]
- PIRES, A. - **Velhos em revista: envelhecimento e velhice nas páginas de Cláudia e Playboy (anos 80 e 90)**. Campinas, 1998. [Dissertação de Mestrado, IFCH/UNICAMP] .
- POSTER, M.C.A – Resenha : a teoria crítica da família In: **Cadernos de pesquisa**, 37: 98-103, São Paulo, 1981.
- PRATT, C.C. et al. Autonomy and decision making between single older women and their caregiving daughters. **The Gerontologist**, 29(6): 792-97, 1989.
- QUEIROZ, J. R. Direito a uma política trabalhista e previdenciária justa e democrática. **A terceira idade**, 1, (1); 9-13, São Paulo, set. 1988.
- RAMOS,R.L.; VERAS,R.P.; KALACHE,A. - Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**,21(2): 211-24, 1987.

- RAMOS, L.R.; VERAS,R.P.; KALACHE,A .- Perfil dos idosos residentes na comunidade, no município de São Paulo, segundo o tipo de domicílio: o papel dos domicílios multigeracionais. **Informes demográficos**, 24, 1991.
- RAMOS, L.R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Rev.Gerontologia**, 1(1):8, 1993.
- RAPLEY, P. Self-Care: re-thinking the role of compliance. **Australian Journal of Advanced Nursing**, 15(1), Sept 1997.
- RASSI, E.P.M. Indicadores de saúde em idosos: o papel da unidade básica de saúde. **Gerontologia**, 2(2):75-81, 1994.
- SAAD, P. M. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: A população idosa e o apoio familiar, **Informe demográfico**, 24: 4-10, 1991.
- SACKETT, D.L.; Haynes, R.B. **Clinical Epidemiology - a Basic Science for Clinical Medicine**. Boston, Little Brown and Company, 1985.
- SARTI, C.A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M.A.B. **A família contemporânea em debate**, 2ª ed., São Paulo EDUC/Cortez, 1997.
- SAWAIA, B.B. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S.T.M.; SAWAIA, B.B.(orgs) **Novas veredas da psicologia social**. Brasiliense/EDUC, São Paulo, 1995, 157-68.
- SCHUTZ, A. - Fenomenologia e Relações Sociais. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1979.
- SILVA, E.B.N. **Questões geradas pela convivência com idoso. Indicação para programas de suporte familiar**. Campinas,1994.[Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da UNICAMP.]
- SMEKE, E. L. M. **Saúde e democracia - experiência de gestão popular: um estudo de caso**. Campinas,1989.[Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP]

- SPINK, M. J. O estudo empírico das Representações Sociais. In: **O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo Brasiliense, 1995, pp. 85-108.
- SZYMANSKI, H. - Teorias e "Teorias" de famílias. In: CARVALHO, M.A.B. **A Família Contemporânea em Debate**. 2ª ed., São Paulo, EDUC/Cortez, 1997.
- TAYLOR, S. Health psychology: the science and the field. **American Psychologist**, 45 (1): 40-50, 1990.
- TUOMILEHTO J. Primary prevention of non-insulin-dependent *diabetes mellitus* – a dream or reality ? In: Alberti KGMN & MAZZE RS(eds.) **Current Trends in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. Excerpta Medica International Congress Series 859**, Amsterdam, 1989, p. 101-15
- UHLENBERG, P.& COONEY, T.M Family size and mother-child relations in later life. **The Gerontologist**, 30(3):618-25, 1990.
- VAN DEN HEUVEL, W. The meaning of dependency. In: Munnichs J. **Dependency or interdependency in old age**. Nijhoff, The Hague,1976.
- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil. Transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, 21(3): 225-33, 1987.
- YASAKI, L. M. & SAAD, P.M. Mortalidade da população idosa. In: O Idoso na Grande São Paulo .**Fundação SEADE**. São Paulo, 1990 , p.125-59.
- YASAKI, L. M.; MELO, A.V; RAMOS, L.R. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: A população idosa e o apoio familiar, **Informe demográfico**, 24:11-96,1991.

WATSON, J. - Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In: RIEHL-SISCA, J. P. **Conceptual models for nursing practice**, 3ª ed., Califórnia Appleton & Lange, 1989.

WEBER, M.- **Ensaio de Sociologia** . Rio de Janeiro. Ed.Zahar.3ª ed. 1974.

WEBER, M. – **A Ética Protestante e o Espírito de Capitalismo**. São Paulo. Ed. Pioneira. 1985.

LISTA DE OBRAS CONSULTADAS

BARRETO, A. C. P. Hipertensão no Idoso. **Revista Médica Brasileira**,46(7):255-60, 1989.

BRINK, J.J.; REICHEL,W. Cell biology and physiology of aging. In: REICHEL,W. **Care of the elderly: clinical aspects of aging**. William & Wilkins, 4ª ed., Baltimore, 1995.

BURNSIDE, I.M. **Enfermagem e os idosos Andrei**, São Paulo,1979.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Editora da UFSC, Florianópolis, 1994.

FRIES, J.F. Aging, natural death and compression of morbidity. **N Eng. J. Med.**, 303, (3):130-35, 1980.

GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

HOFFMAN, L. Constructing realities: as art of lenses. In: **Family process**, 29,(1) 1990.

L'ABBATE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas**. São Paulo, 1990 [Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP]

- LEININGER, M. **Care: the essence of nursing and health**. Thorofore, New Jersey: Charles B, Slack, 1984.
- LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardio*, 68: 443-49, 1997.
- MELLIN, A.S. **Os profissionais de saúde e as Representações Sociais acerca das finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração**. São Paulo, 1998 [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Publica, USP]
- NERI, A.L. **Fatores objetivos e subjetivos na determinação de stress de cuidadores**. In: do Congresso Brasileiro sobre doença de Alzheimer e Encontro Nacional de Cuidadores, *Anais*. São Paulo, nov. 1992.
- SAWAIA, B.B. **Afetividad y temporalidad en el cuerpo teórico-metodológico de la Psicología Social: una reflexión sobre el proceso de salud y enfermedad**. Trabalho apresentado na 9ª Jornadas Venezolanas de Psicología Social, Coro, 1997.
- SILVA, E.B.N.; PAVARINI, S.I. O idoso no contexto familiar. *A Terceira Idade*, 4(5):35-42, junho, 1992.
- VERAS R.P. – **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Relume-Dumará Editores, 1994.
- WOLF, Z.R.et al. Dimensions of nurse caring. *Image J. Nurs. Sch*, Indianápolis, 26(2):107-11, 1994.

8. ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS IDOSOS

ENTREVISTA N.º DATA / /

SEÇÃO I

IDENTIFICAÇÃO

NOME (APELIDO):

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:.

PROCEDÊNCIA:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEÇÃO II

CONDIÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA:

1. MORA COM ALGUÉM?
2. TEM ALGUMA RELIGIÃO? PRÁTICA?
3. ESCOLARIDADE:
4. PROFISSÃO:
5. ATIVIDADE LABORAL ATUAL:
6. RENDA DO IDOSO: R\$: _____
7. TEM DADO PARA VIVER COM ESSA RENDA?
8. O IDOSO CONTRIBUI PARA O SUSTENTO FAMILIAR?

Em caso positivo, qual a contribuição? Com que frequência?

SEÇÃO III

RELAÇÕES INTERPESSOAIS, CONDIÇÃO EMOCIONAL E ATIVIDADES DE LAZER:

1. COM QUEM O IDOSO VIVE

2. COSTUMA RECEBER VISITA DOS FAMILIARES?

3. TEM AMIGOS?

Quando não, por quê?

4. MANTÉM RELAÇÃO COM VIZINHOS E AMIGOS?

Em caso positivo, buscar qualificá-la:

Em caso negativo, por quê?

5. SENTE SOLIDÃO?

Se sim, por que se sente sozinho?

6. COMO O IDOSO VÊ O RELACIONAMENTO COM SUA FAMÍLIA:

7. NA OPINIÃO DO IDOSO, A FAMÍLIA O(A) AJUDA NO CUIDADO DE SUA DOENÇA?

Se sim, como?

Se não, por quê?

8. O QUE GOSTA DE FAZER PARA PASSAR O TEMPO (lazer)?

SEÇÃO IV

CONDIÇÕES DE SAÚDE E PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA ; RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

1. NECESSITA DE AJUDA PARA ALGUMA ATIVIDADE DIÁRIA?

Em caso positivo, qual(is)?

E tem quem o(a) ajude?

2. DOENÇAS CRÔNICAS

A. QUE DOENÇA(S) TRATA?

B. ACHA QUE ESTA(S) DOENÇA(S) (HA/ DM) TEM CURA? POR QUÊ?

C. DESEJOS RELACIONADOS À DOENÇA:

D. QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE TEM PROCURADO PARA TRATAR DE SEU PROBLEMA ?

E. NECESSITOU PROCURAR SERVIÇOS DE URGÊNCIA (OU ATENDIMENTO FORA DO PRAZO AGENDADO) NOS ÚLTIMOS 3 MESES?

F. FOI INTERNADO NO ÚLTIMO ANO?

3. COMO CUIDA DE SUA DOENÇA?

4. FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? SE SIM, QUAL(IS)?

A. UTILIZAÇÃO CONTINUADA? SE NÃO, POR QUÊ?

B. QUANTOS REMÉDIOS TOMA E QUANTAS VEZES AO DIA?

C. TEM DÚVIDAS EM RELAÇÃO À DOSE DO MEDICAMENTO E HORÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO?

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

A. TEM DIFICULDADE PARA LEMBRAR A DATA DOS RETORNOS?

B. TEM DIFICULDADE PARA LEMBRAR DAS ORIENTAÇÕES DADAS PELOS PROFISSIONAIS QUE O ATENDERAM?

6. VEM SEMPRE ÀS CONSULTAS MARCADAS?

7. E AO GRUPO, COM QUAL FREQUÊNCIA COMPARECE?

8. COMO VEM AO CENTRO DE SAÚDE? NECESSITA DE ACOMPANHANTE ?

9. PARA O ACOMPANHAMENTO DE SUA DOENÇA, CONTA COM A AJUDA DE ALGUÉM? QUEM?

10. PARA CUIDAR DA DOENÇA, MUDOU ALGUMA COISA DE SUA ROTINA ?
O QUÊ?
11. ACHA QUE SUA DOENÇA ESTÁ CONTROLADA?
12. O QUE ACHA DO CUIDADO RECEBIDO DO CENTRO DE SAÚDE?
13. O QUE É IMPORTANTE PARA O CUIDADO DESTA DOENÇA? SEGUIE QUAL(IS)?
14. GOSTARIA QUE SUA FAMÍLIA PARTICIPASSE MAIS DO CUIDADO DE SUA DOENÇA? COMO?

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENTREVISTADOR:

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O FAMILIAR DO IDOSO

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

IDADE:

SEXO:

1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

N.º DE MORADORES NO DOMICÍLIO:

UNIGERACIONAL MULTIGERACIONAL

2. QUEM MORA EM COMPANHIA DE QUEM?

3. O IDOSO TEM ALGUM PROBLEMA RELACIONADO À SAÚDE?

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL (IS)?

4. O IDOSO TRATA-SE EM ALGUM LUGAR?

A. ONDE?

B. O SR(A) ACOMPANHA?

C. A PESSOA IDOSA VAI PARA CONSULTAR OU VAI PARA ALGUMA OUTRA
ATIVIDADE?

5. HOUVE NECESSIDADE DA SUA FAMÍLIA MUDAR ALGUM HÁBITO OU
ROTINA APÓS A INSTALAÇÃO DA DOENÇA NO IDOSO? EM CASO
AFIRMATIVO, O QUÊ?

6. O QUE REPRESENTOU ESTA MUDANÇA?

7. EXISTEM DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO COM O IDOSO?

EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

8. PARA VOCÊ, É IMPORTANTE QUE A FAMÍLIA PARTICIPE DO CUIDADO DO IDOSO?
COMO?
É FÁCIL FAZER?
9. O QUE TEM SIDO FEITO PARA AJUDAR?
10. ACHA QUE A DOENÇA DO IDOSO ESTÁ CONTROLADA?
11. O QUE CONSIDERA QUE ESTÁ FAVORECENDO O CONTROLE OU O DESCONTROLE?
12. O IDOSO TOMA REMÉDIO?
CONHECE O TIPO DE REMÉDIO, A DOSAGEM, A FORMA DE AQUISIÇÃO, OS CUSTOS DA MEDICAÇÃO?
13. VOCÊ GOSTARIA DE RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE COMO CUIDAR DO IDOSO?
14. E SOBRE A(S) DOENÇA(S) QUE ELE APRESENTA?
15. COMO É TER UM IDOSO DENTRO DE CASA?
16. TEM INTERESSE EM RECEBER ORIENTAÇÃO QUANTO A ALGUMA OUTRA QUESTÃO?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

NOME:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

TEMPO DE TRABALHO NO CENTRO DE SAÚDE:

ATIVIDADES QUE DESENVOLVE NO CUIDADO DO IDOSO DIABÉTICO:

1. PERCEPÇÕES SOBRE O CLIENTE RELACIONADAS AO SEU SEGUIMENTO CLÍNICO
2. QUAIS SÃO SUAS PREOCUPAÇÕES, QUANDO ESTÁ ORIENTANDO UM PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA?
3. O SERVIÇO, DO SEU PONTO DE VISTA, PODERIA FACILITAR OU MODIFICAR ALGO QUE PROMOVESSE MAIOR ADERÊNCIA DO CLIENTE AO TRATAMENTO?
4. COMO VÊ A RELAÇÃO ENTRE ADERÊNCIA E CONTROLE?
5. A FAMÍLIA É IMPORTANTE PARA FACILITAR A ADERÊNCIA DO PACIENTE AO TRATAMENTO?
6. COMO VÊ O PAPEL DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DO DOENTE CRÔNICO?

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO CLÍNICO DO IDOSO

PRONTUÁRIO N.º:

IDADE DO PACIENTE:

DATA:

1. DIAGNÓSTICOS:

2. GRAU DE RISCO PARA HA E DM:

3. TEMPO DE DOENÇA DIAGNOSTICADA:

4. TEMPO DE TRATAMENTO NO SERVIÇO:

5. QUAL CLÍNICO ESTÁ ACOMPANHANDO O PACIENTE?

6. FREQUÊNCIA COM QUE COMPARECE AO SERVIÇO:

7. PERIODICIDADE REAL X PERIODICIDADE RECOMENDADA:

CONSULTAS:

GRUPOS:

8. MEDICAÇÃO:

MEDICAÇÕES PRESCRITAS	N.º DE TOMADAS DIÁRIAS	EFEITOS COLATERAIS	DOSE TOTAL DIÁRIA

9. VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL / GLICEMIA (ÚLTIMOS 6 MESES): Hb
GLICOSILADA:

DATA:

VALOR:

10. ÁREAS E ATIVIDADES DO CENTRO DE SAÚDE UTILIZADAS NOS ÚLTIMOS
6 MESES NUTRIÇÃO GRUPOS PROGRAMÁTICOS SAÚDE BUCAL CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL CONSULTA MÉDICA FISIOTERAPIA PRONTO ATENDIMENTO

11. GRUPO DE QUE PARTICIPA:

A. RESPONSÁVEL

B. HÁ QUANTO TEMPO PARTICIPA

C. REGULARIDADE :

Crêterios de Controle Metabólico

	MANTER TERAPIA	AJUSTAR TERAPIA	ALTERAR TERAPIA
• Glicemia (mg/dl)			
- Jejum.....	80 – 120	< 140	> 140
- Pós-prandial.....	80 – 160	< 180	> 180
• Hemoglobina Glicosilada..... (% do valor máximo normal para o método)	< 100%	< 120%	> 120%
• Glicosúria em amostra isolada (g/l)	0	< 5	> 5
• Colesterol Total (mg/dl).....	< 200	< 250	> 250
• HDL-Colesterol (mg/dl).....	> 40	> 35	< 35
• Triglicérides (mg/dl).....	< 150	< 200	> 200
• �ndice de Massa Corpórea..... (Peso em Kg?Altura m ²)	20 – 25	< 27	> 27
• Pressão Arterial (mmHg)			
- Diastólica.....	< 90	< 95	> 95
- Sistol�ica.....	< 140	< 160	< 160

* Protocolo de diabetes – SMSC, 1998.

COMISSÃO DE ATEN O   SAÚDE DO ADULTO E IDOSO E SUPERVISÃO DAS
D.R.O.S.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IDOSOS, FAMÍLIAS E SERVIÇO DE SAÚDE : Um estudo em unidade básica do município de Campinas- SP

RESPONSÁVEIS : - Dra Maria da Graça Garcia Andrade
- Beatriz Helena de M. Araujo Verri.

Eu, _____ Residente no endereço: _____

N de prontuário: _____

ou familiar entrevistado: _____

grau de parentesco : _____ ; perfeitamente ciente de que esta pesquisa tem por objetivo identificar qual é o significado do cuidado da doença crônica para o idoso, a família e o serviço de saúde, autorizo minha participação e/ou a de meu familiar no referido estudo, nos termos e para os objetivos acima.

Serão realizadas entrevistas com alguns profissionais de saúde, além da análise dos prontuários clínicos dos pacientes envolvidos, garantindo o sigilo quanto à identidade e privacidade do (as) pacientes participantes do programa. Está garantido o direito de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados a pesquisa. Os(as) participantes do estudo poderão deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento. Caso por motivo qualquer o idoso fique incapacitado para concluir o estudo, o seu familiar poderá continuar participando do trabalho.

Campinas, ___ de _____ de 2000.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

TELEFONE: _____ R.G: _____

ASSINATURA DO FAMILIAR: _____

TELEFONE: _____ R.G: _____

ASSINATURA TESTEMUNHA 1: _____

TELEFONE: _____ R.G: _____

ASSINATURA TESTEMUNHA 2 : _____

TELEFONE: _____ R.G: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

Fone do comitê de ética para eventuais dúvidas: (019) 788.7936

Fone pesquisadora: 258-2244.