

O CONVÍVIO FAMILIAR DO IDOSO NA QUARTA IDADE E SEU CUIDADOR¹

Lucia Hisako Takase Gonçalves*
Silvia Modesto Nassar**
Maria Francisca dos Santos Daussy***
Silvia Maria Azevedo dos Santos****
Angela Maria Alvarez*****

RESUMO

O atual fenômeno de prolongamento da vida entre idosos de modo a chegarem aos 80 anos ou mais não constitui um fato excepcional, porém a tal condição associa-se fragilização pelo envelhecimento, tornando-os mais vulneráveis a várias circunstâncias, constituindo-se um substrato de idosos da quarta idade que amiúde necessita de cuidados de outrem. Assim, objetivou-se conhecer os padrões de funcionamento das famílias no convívio e cuidados cotidianos de idosos mais velhos no contexto de Florianópolis, SC. O estudo consiste de uma pesquisa diagnóstico-avaliativa pelo método de questionamento entre idosos de 80 e mais anos, dependentes de cuidados e de seus respectivos familiares cuidadores, selecionados entre os inscritos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família para avaliar a dinâmica familiar pelo *Family APGAR*, a qualidade de vida pelo WHOQOL e o estilo de vida pela Escala de Nahas. Em sua maioria, os idosos avaliaram sua família como de boa funcionalidade, embora esse dado deva ser visto com reserva, pois, na avaliação tanto da qualidade de vida de ambos quanto do estilo de vida dos cuidadores, as respostas recaíram sobre um nível mediano, denotando certa dificuldade de enfrentamento em família com situações prolongadas de cuidado de idosos da quarta idade.

Palavras-chave: Idoso de 80 Anos ou mais. Família. Cuidadores. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem demonstrando um perfil populacional do tipo de transição demográfica⁽¹⁾ que sinaliza rápido aumento do estrato idoso (de 60 e mais anos), tendo atingido 12,33%⁽²⁾ da população total (2010). Conforme projeções estatísticas, esse percentual se aproximará de 30% em 2050⁽³⁾, o que significa, do ponto de vista das políticas públicas e sociais, solução difícil para contemplar adequadamente as peculiaridades emergentes dessa população e da população em geral, caso a situação não seja tomada a sério com antecipação^(3,4).

No contingente de pessoas idosas evidencia-se o fenômeno do prolongamento da vida, que nas últimas décadas tem chegado aos 80 anos ou mais⁽¹⁾. Não obstante, a longevidade humana se associa geralmente à fragilização pelo envelhecimento, tornando o idoso mais vulnerável às diversas circunstâncias de vida e saúde, constituindo-se em um substrato de idosos da quarta idade. No contexto brasileiro, estima-se que 85% dos idosos apresentem no mínimo uma doença crônica, dos quais pelo menos 10% em condições de comorbidade^(1,4,5). Desse modo, a atual prevalência de doenças crônicas e longevidade tem contribuído para aumentar o número de idosos com limitações

1 Artigo originado do projeto multicêntrico DIFAI - Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade nos contextos Florianópolis, SC; Palmeira das Missões, RS; Jequié, BA; Belém, PA; e Porto, Pt. Financiador: Edital MCT/CNPq/14/2008-Universal, proc. 474154/2008-4.

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profa. Titular aposentada e docente voluntária participante da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Pós-Graduação em Enfermagem. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br

**Engenheira. Doutora em Ciências Estatísticas e da Computação. Docente da UFSC/Centro Tecnológico/ LEA – Laboratório de Estatística Aplicada. E-mail: silvia@inf.ufsc.br

*** Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Coordenadora do Departamento de Integração Ensino e Serviço em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. E-mail: franciscadaussy@pmf.sc.gov.br

**** Enfermeira. Doutora em Educação/Gerontologia. Profa. Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Líder do GESPI. E-mail: silvia@ccs.ufsc.br

***** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Profa. Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Comitê Assessor para o Desenvolvimento de Projeto Pedagógico do UFSC/NETI (Núcleo de Estudos da Terceira Idade). Co-líder do GESPI. E-mail: alvarez@ccs.ufsc.br

funcionais, os quais necessitam de cuidados constantes por parte dos profissionais de saúde, e sobretudo da família, que precisa utilizar conhecimentos e habilidades na prevenção e na minimização dos efeitos negativos de ordem física, psíquica e social^(4,6).

Geralmente tais cuidados são dispensados pela família e pela comunidade, no domicílio, seu espaço sociocultural natural. Na família, o cuidado normalmente é de responsabilidade de um de seus membros, tido como o cuidador principal. O domicílio é visto hoje como espaço em que pessoas em situação de cronicidade, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida, mantendo a doença estável. Assim, a experiência de cuidar de um doente no lar tem-se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias⁽⁶⁻⁹⁾. Em consonância com essa tendência, segundo as políticas de atenção ao idoso, o domicílio se constitui no melhor local para o idoso envelhecer, prevendo-se a possibilidade de garantir-lhe a autonomia e preservar-lhe a identidade e a dignidade.

Cuidar de idosos dependentes acometidos por afecção crônica ou aguda é situação frequente nas famílias. Cuidadores familiares desempenham atividades destinadas a suprir as demandas de acordo com as necessidades da pessoa dependente. Entre os motivos que levam um membro da família a ser o cuidador principal destacam-se: a obrigação moral alicerçada em bases culturais e religiosas; a condição de conjugalidade, o fato de ser cônjuge⁽⁵⁾; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas por força das circunstâncias; e as dificuldades financeiras, como em caso de filhos desempregados que cuidam dos pais em troca do sustento⁽⁶⁻⁹⁾.

Estudos mostram também a interferência significativa no processo de cuidar de idosos, especialmente de portadores de demência, que necessitam de cuidados especiais, expondo o cuidador a estresse prolongado. Além de treinamento específico para lidarem com a situação de cuidar de outrem, os cuidadores precisam de apoio social para cuidar de si mesmos. Sem tal suporte, os cuidadores ficam expostos ao risco de adoecer, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que são submetidos⁽⁴⁻¹¹⁾.

Apesar dos esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, muitos idosos tornam-se frágeis. A doença traz consigo um fator emocional de regressão, acentuando sentimentos de fragilidade, dependência e insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupação, angústia, medos, alteração na autoimagem e certa dependência.

Embora a literatura atual contemple as múltiplas características da família cuidadora de idosos, é necessário maior exploração, uma vez que tais características assumem contornos diversos segundo as especificidades do contexto sociocultural e que esses idosos estão se tornando cada vez mais velhos. Por isso, o presente estudo teve como objetivo conhecer os padrões de funcionamento das famílias no convívio e nos cuidados cotidianos de idosos mais velhos no contexto de Florianópolis, SC.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa descritiva de natureza diagnóstico-avaliativa com idosos de 80 ou mais anos, dependentes de cuidados de outrem em função de sua fragilidade para desempenhar atividades do viver diário com o familiar cuidador principal. Para conhecer o padrão de funcionamento familiar no convívio e nos cuidados em âmbito doméstico, avaliação limitou-se à dinâmica da família, à qualidade de vida sob a óptica dos idosos e ao estilo de vida relacionado à saúde e qualidade de vida dos familiares cuidadores.

A amostra foi obtida por conveniência, localizando os sujeitos pares *idosos e seus cuidadores* nas unidades básicas de saúde, juntamente com a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Florianópolis, onde havia maior concentração de idosos registrados e onde era mais fácil para a equipe visitá-los no domicílio. A atual população (2010) de Florianópolis, é de 421.240 residentes, com 49.443 idosos, o que equivale a 11,5% da total⁽²⁾. No Sistema de Informações de Saúde, na ficha de cadastro familiar do município estão registrados 50.665 idosos, dos quais 9.411 têm 80 ou mais anos.

A coleta de dados se deu entre 04/2010 e 03/2011, a partir de uma amostra de 100 pares de idosos e cuidadores principais que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O QPFC – Questionário de Perfil da Família Cuidadora⁽⁶⁾ foi aplicado ao cuidador para responder a questões de identificação como as variáveis sociodemográficas, o estado de saúde e a situação de cuidado de ambos, - o familiar cuidador e o idoso dependente. Ao idoso foi aplicado o *Family APGAR*^(12,13), contendo cinco questões simples sobre adaptação intrafamiliar, convivência/comunicação, crescimento/desenvolvimento, afeto e dedicação da família, com as seguintes opções de resposta: sempre, quase sempre, algumas vezes, raramente e nunca, com pontuação de respectivamente quatro, três, dois pontos, um ponto e zero.

A avaliação foi feita pelo valor da pontuação total obtida, classificando a família em três tipos: altamente funcional, moderadamente funcional e com disfunção acentuada. A avaliação da validade e credibilidade desse teste garante a segurança de sua aplicação⁽¹²⁾. Para complementar os resultados da dinâmica familiar avaliou-se a percepção individual em aspectos correlatos, como qualidade de vida e estilo de vida. Aos familiares e aos idosos foi aplicado o WHOQOL^(14,15), instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS. Aos familiares foi aplicada a versão WHOQOL Breve, de 26 questões, que abrange quatro domínios, preservadas as vinte e quatro facetas do original WHOQOL-100. Cada questão tem cinco opções de resposta do tipo *Likert*, oscilando de 1 a 5 pontos.

Para os idosos, além do WHOQOL Breve, aplicou-se o WHOQOL *Old* de 24 questões, que inclui facetas específicas como funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer, e intimidade. Todas as variantes do WHOQOL têm bons índices de validade e confiabilidade^(13,15). Seus escores foram avaliados pela posição tomada na amplitude entre zero e 100. Ademais, para os familiares aplicou-se a Escala de Bem-Estar⁽¹⁶⁾, que avalia o estilo de vida de comportamentos que afetam a saúde, com quinze questões em cinco ações habituais: nutrição, atividades físicas, comportamentos preventivos para a

saúde, relações sociais e controle de estresse, que refletem atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Seus testes conferem aceitável validade e confiabilidade⁽¹⁶⁾.

A avaliação do escore obtido foi feita pela posição tomada na amplitude entre zero e 45, correspondendo respectivamente a inadequado estilo de vida e ótimo estilo de vida. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob o n.º 051/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da Amostra

Nas tabelas 1 e 2 estão apresentadas as características da amostra, composta de 100 idosos de 80 ou mais anos de idade, e de 100 familiares cuidadores.

A maioria da amostra é composta de mulheres, predominantemente viúvas. Contudo, 19,0% são ainda casadas, mesmo com 80 e mais anos de idade, cujos cônjuges têm em média 83 anos de idade e alguns (7%) ainda são cuidadores principais de seus cônjuges. A predominância de idosas na amostra confirma a tendência da já conhecida feminização da velhice^(1,4,5). A baixa escolaridade encontrada já era previsível, considerando a realidade pregressa de quem hoje conta 80 ou mais anos de idade. A prevalência de afecções crônico-degenerativas se constitui em panorama epidemiológico comum às populações envelhecidas^(1,4,5). O fato irremediável de conviver prolongadamente com a cronicidade pelo aumento da longevidade pode fazer as pessoas perderem qualidade de vida, caso a política pública de rede de cuidados continuados e integrados^(4,17,18) para atenção à vida e à saúde dos idosos não seja operacionalizada. É importante dar cobertura prioritária às famílias mais empobrecidas, que vivem apenas com o único recurso da aposentadoria/pensão do idoso. Aqui, os idosos são ainda majoritariamente cuidados por mulheres (92%), como já identificado em outros estudos⁽⁵⁻¹¹⁾, embora um fato novo desponte e esteja descrito em alguns estudos atuais: os cuidadores masculinos^(19,20).

Tabela 1 - Caracterização dos idosos de 80 ou mais anos cuidados por seus familiares em domicílio. Florianópolis, SC, 2011.

Idoso de 80 e + anos (n 100)	N	%
Idade por estrato		
Até 84	33	33
85 a 89	39	39
90 ou mais	28	28
Gênero M / F	23 / 77	23 / 77
Escolaridade		
Analfabeto	27	27
Primário até 4 anos	51	51
Primeiro grau incompleto / completo	7	7
Segundo grau incompleto / completo	7	7
Superior completo	6	6
Estado conjugal		
Casado	19	19
Divorciado/solteiro	5	5
Viúvo	75	75
Idade do cônjuge do idoso (média em anos / DP)	83 / 6,9	(19)
Professa		
Religião católica	75	75
Religião evangélica	11	11
Outras	8	8
Parentesco com seu familiar cuidador(a)		
Filha(o)	62	62
Neta(o)	4	4
Cônjuge	7	7
Outros (nora, vizinha, amiga, sobrinha, empregada, cuidadora contratada)	26	26
A casa onde mora o idoso		
Sua propriedade/usufruto	54	54
Alugada	4	4
De seu cuidador/outro familiar	36	36
Doenças de que sofre		
Hipertensão arterial	75	75
Sequela de AVC	16	16
Cardiopatía	36	36
Diabetes mellitus	18	18
Câncer (mama, pulmão, bexiga, pele, próstata, tireoide, mediastino)	13	13
Doença de Parkinson	5	5
Osteoporose	20	20
Escores médios de Qualidade de Vida (WHOQOL-Breve 0-100 (escores médios/DP))	53,4 / 19,8	
Escores médios de Qualidade de Vida (WHOQOL-Old 0-100 (escores médios/DP))	56,2 / 21,0	
Apgar de Dinâmica de Família		
Boa funcionalidade (escores de 13-20)	85	85
Moderada funcionalidade (escores de 9-12)	10	10
Acentuada disfuncionalidade (escores de 0-8)	5	5

O presente estudo, replicado na cidade do Porto/Pt, identificou 40% entre filhos e sobrinhos jovens e até maridos idosos⁽²⁰⁾.

Alguns estudos de idosos cuidadores de suas esposas doentes revelaram que despendiam substancial tempo e energia nesse mister, contrariando os tradicionais estereótipos de

gênero de atribuir o cuidado da família basicamente à mulher. Entre os motivos citados para serem cuidadores foram: o dever e a obrigação, o compromisso conjugal, a reciprocidade e a gratidão pela vida conjugal

duradoura, o amor e a redenção. Os sentimentos variavam, mostrando-se muitas vezes ambíguos: satisfação e orgulho, como também tristeza, frustração e revolta.

Tabela 2 - Caracterização do familiar cuidador principal de idosos de 80 e mais anos dependentes de cuidados. Florianópolis, SC, 2011.

Cuidador familiar do idoso de 80 e + anos (n: 100)	N	%
Idade (média em anos e DP)	55,1 / 12,5	
Gênero M/F	8 / 92	8 / 92
Estado Conjugal		
Casado(a)	50	50
Divorciado/solteiro	38	38
Viúvo(a)	12	12
Escolaridade		
Analfabeto	4	4
Primário até 4 anos	27	27
Primeiro grau incompleto/completo	28	28
Segundo grau incompleto/completo	28	28
Superior incompleto/completo	11	11
Ocupação/Trabalho - sim	30	30
Cuida de outros dependentes - sim	39	39
Mora com o idoso cuidado - sim	70	70
Autoapreciação da saúde		
Ótima / boa	52	52
Regular	36	36
Má / péssima	12	12
Qualidade de Vida -WHOQOL/Breve, 0-100 (escore médio/DP)	62,4 / 23,2	
Estilo de vida - Escala de Nahas, 0-45 (escore médio/DP)	29,1 / 7,8	

É imprescindível buscar e expandir conhecimentos acerca do homem cuidador e ainda idoso, embora quaisquer dados de que se disponha tenham implicações diretas na prática da assistência de família. É preciso – e é possível – encorajar homens a assumirem as tarefas domiciliares, a exemplo daqueles que decidiram cuidar de suas esposas, contrariando corajosamente os valores sociais e culturais vigentes^(19,20). Os cuidadores aqui estudados estão na média etária de 58 anos, oscilando entre 40 e 70 anos. São majoritariamente do sexo feminino (92%), entre casadas, viúvas e solteiras. Muitas ainda trabalham fora do lar, além de cuidarem de outros dependentes na família. Convivem na mesma casa do idoso cuidado em 70% dos casos, motivados geralmente pela facilidade para o cuidado, mas principalmente pelo empobrecimento das famílias. Esse dado corrobora resultados de alguns estudos^(5-11,19), com destaque peculiar de cônjuges cuidadores de ambos os sexos (7%)

aqui encontrados, tendendo a aumentar com a redução de familiares descendentes, como comprovaram os 23% nos dados do contexto do Porto⁽²⁰⁾. Os familiares cuidadores são muitas vezes tomados por sentimentos de solidão e isolamento social, como revelaram os escores mais baixos na avaliação da qualidade de vida nos domínios psicológico e meio ambiente. Por isso, na prática é necessário articular redes locais de suporte social a partir dos serviços de saúde para ajudar a manter a inclusão social das famílias^(18,20). Quando lhes foi perguntado como percebem sua própria saúde, prevaleceu a resposta de saúde boa em 52%, mas 48% apresentavam regular ou má saúde, correspondendo à avaliação no geral da qualidade de vida e do estilo de vida, com média de seus escores em nível regular, possivelmente devido ao estresse, à sobrecarga e ao prolongamento da tarefa de cuidar. Assim, restava-lhes pouco tempo para o autocuidado e o cuidado daqueles já idosos, fato acrescido do

desgaste do próprio envelhecimento, o que é demonstrado em muitas pesquisas estrangeiras e confirmadas por alguns estudos em nosso meio^(5-11,18,20).

Funcionalidade familiar

Neste estudo a avaliação da dinâmica familiar revela que a maioria dos idosos (85%) vê em sua família boas relações e boa funcionalidade; mas esse dado positivo pode ser lábil, cabendo aqui alertar para a eventual desestabilização da dinâmica familiar em decorrência do prolongamento das relações de cuidado, razão pela qual se torna lugar para intervenção antecipada de prevenção de possíveis crises na família^(12,17), pois disfunção familiar pode sobrevir por novas necessidades de cuidado de idoso com afecções crônicas e outros agravos indutores de estresse familiar, como a falta de adaptabilidade às mudanças de papéis de seus membros, novos estilos de relações intrafamiliares e as próprias relações de cuidado.

Tal resultado remete à intervenção de assistência familiar por profissionais, sobretudo os enfermeiros, que estão envolvidos mais diretamente na gestão do cuidado e na administração de dificuldades familiares em lidar com problemas do idoso dependente a ser cuidado ou sendo cuidado no domicílio. Quando o paciente idoso relata uma crise familiar, geralmente os recursos familiares estão inadequados para suprir as necessidades, ou isto sinaliza a existência de áreas vulneráveis que podem interferir na habilidade dos familiares em encontrar estratégias e recursos para desempenhar o papel de cuidador^(12,17,18,20). De outra parte, as percepções pessoais de cada

membro de uma família acerca de certas variáveis, como qualidade de vida e estilo de vida, influem na dinâmica familiar, fazendo-a mais ou menos adaptativa, mais ou menos funcional, diante de uma situação que se apresenta como fato novo a enfrentar, como, por exemplo, um membro idoso adoecer e torna-se cada dia mais frágil e dependente de cuidados, criando impactos sobre as relações intrafamiliares. O escore médio obtido pelos cuidadores de Estilo de Vida relacionado à saúde situou-se em nível mediano, como também o resultado regular de qualidade de vida, denotando riscos para a disfuncionalidade familiar e exigindo cuidado familiar⁽¹⁷⁾.

Qualidade de vida do idoso e do cuidador

A qualidade de vida^(14,15) representa a percepção individual sobre a posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais o indivíduo se insere e em relação a seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações. Esse fator tem valor subjetivo importante, pois influi diretamente em sua condição de bem-estar e de saúde, assim como na sensação de maior ou menor competência para administrar a própria vida em quaisquer circunstâncias. A resposta dos idosos ao WHOQOL-Breve (escore total médio 53,4) foi de pontuação mais baixa nos domínios “Relações sociais” e “Psicológico”, enquanto os cuidadores (escore total médio 62,4) obtiveram pontuação mais baixa nos domínios “Meio ambiente” e “Relações sociais” (tabela 3). Esses resultados sinalizam possíveis dificuldades no convívio e na relação de cuidados, cada qual percebendo-se afetado nos domínios apontados.

Tabela 3. Média e desvio padrão dos escores nos domínios do WHOQOL-Breve (amplitude 0-100) obtidos pelos idosos e cuidadores. Florianópolis, SC, 2011.

WHOQOL-Breve Domínios	Média		Desvio padrão	
	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador
Físico	63.6	63.6	27.2	27.2
Psicológico	57.1	64.6	23.2	25.3
Relações sociais	55.5	63.0	22.7	24.6
Meio ambiente	58.2	59.4	21.8	22.7

Na tabela 4, os escores médios do WHOQOL-Old obtidos pelos idosos nos domínios correspondentes estão discriminados em estrato etário, podendo-se observar que, à exceção da faceta “funcionamento sensorial”, as

variações das percepções não são necessariamente regulares com o avançar da idade, o que denota a manifestação da individualidade do idoso, mesmo em idades mais avançadas. O escore médio geral de 56,2 (tabela

1) pode ter sido influenciado pelos valores mais baixos em “Autonomia” e “Participação social”, facetas que os idosos perceberam afetarem mais o seu bem-estar e saúde.

Tabela 4: Média e desvio padrão dos escores das facetas do WHOQOL-Old (amplitude 0-100) dos idosos por estrato etário. Florianópolis, SC, 2011.

WHOQOL-Old Facetas	Estrato Etário					
	até 84		85 a 89		90 ou mais	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Funcionamento sensorial	66.1	26.1	63.8	23.8	56.0	25.4
Autonomia	55.3	20.3	57.4	16.5	55.6	15.9
Atividades passadas, presentes e futuras	61.6	15.6	64.1	13.4	62.7	12.4
Participação social	42.61	20.0	54.2	15.5	49.8	16.8
Morte e morrer	72,7	20,4	76,3	23,5	73,4	24,1
Intimidade	66.9	19.7	66,0	13,4	70,5	18.2

As duas versões do WHOQOL (Breve e *Old*) avaliam de modo equivalente o conceito qualidade de vida, e seus autores recomendam aplicá-las em conjunto para idosos, com a vantagem de a última avaliar as especificidades das percepções mais positivas ou negativas nas facetas dos domínios de qualidade de vida. Analisou-se aqui a associação entre os escores obtidos no WHOQOL-Breve (53,4) e WHOQOL-Old (56,2) testada pelo coeficiente de correlação de Pearson, devido à distribuição normal, resultando em $r = 0,67233$, com significância estatística $p < 0,000001$, evidenciando relação positiva entre os escores de ambos os instrumentos, o que significa equivalência dos resultados. Igual resultado foi encontrado na análise dos dados de Porto⁽²⁰⁾, mesmo colhidos em contexto diferente, o que vem reforçar a equivalência das duas versões do WHOQOL. Tal constatação permite recomendar, com mais segurança, a aplicação apenas do WHOQOL-Breve, de fácil uso, para aqueles idosos mais frágeis que se cansam em responder as 50 questões em aplicação conjunta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Guardados os limites deste estudo, cujos dados foram extraídos de amostra por conveniência - o que impede sua generalização -, seus resultados fornecem subsídios úteis ao campo prático. Em síntese, o padrão de convívio familiar entre o idoso da quarta idade e seu cuidador, avaliado sob a óptica de ambos, levamos a inferir que, embora a maioria dos idosos

(85%) diga que a dinâmica de sua família tem boa funcionalidade, é possível que as relações de cuidado eventualmente provoquem dificuldades ou riscos ao convívio familiar, levando-se em conta as respostas serem de nível mediano tanto em estilo de vida dos cuidadores quanto em qualidade de vida de ambos.

A contribuição dos resultados tem implicações de ordem prática, sobretudo para a enfermagem de família, priorizando: a) a necessidade de acolher a família cuidadora não como simples parceira de cuidados, mas como unidade a ser assistida; b) atenção especial ao estado de saúde das/os cuidadoras/es, para prevenir adoecimentos e/ou minimizar agravos de condições crônicas, tão frequentes devido à sobrecarga de funções; c) a imprescindível avaliação multidimensional na assistência integral da unidade familiar do idoso frágil e em situação de cronicidade, avaliando-se as condições para o desempenho das atividades da vida diária, a realização de tratamento e controles especiais, em meio às relações de cuidado entre membros da família, atentando para disponibilidade de rede de apoio comunitário; d) aconselhamento de rodízio de cuidadores entre membros da família e orientações específicas na preservação do equilíbrio e da saúde familiar em meio ao cuidado do idoso em regime continuado e prolongado, sem descartar, entre os cuidadores, os homens da família; e) experimentar tecnologias cuidativo-educativas de assistência à família na educação permanente, por ser ainda emergente o paradigma da atenção focada na família, que deve ser aprendido e praticado.

FAMILY DYNAMICS OF THE OLDER ELDERLY AND HIS CAREGIVER

ABSTRACT

Nowadays the phenomenon observed in life prolongation among elders with 80 or more years of age, is no longer exceptional. However, that condition is usually associated with fragility due to aging turning the elderly more vulnerable to several circumstances of his life, becoming a substratum from elders in the fourth age who often need care from others. Thus, the aim is to understand families functioning patterns on their daily basis and daily care of the elderly in the context of Florianópolis, SC. Descriptive evaluative diagnosis research, using the method of questioning, had the participation of seniors of 80 years old and over dependent on care along with family caregiver that were selected among the ones registered at the Family Health Program, in order to assess family dynamics, by Family APGAR, quality of life by WHOQOL and life style by Nahas Scale. **Results:** The elderly rated their families with good functionality. But, it must be considered with reservations, because on both quality of life evaluations from the elderly and the caregiver, responses were related to an average level, denoting some difficulty on coping within the family regarding care to the elderly.

Key words: Aged. 80 and over. Family. Caregivers. Nursing.

LA CONVIVENCIA FAMILIAR DEL ANCIANO EN LA CUARTA EDAD Y SU CUIDADOR

RESUMEN

El prolongamiento de la vida de ancianos que llegan hoy a los 80 años o más ya no es excepcional. Pero, tal condición está asociada a la fragilidad por el envejecimiento, haciéndolos más vulnerables a varias circunstancias, constituyéndose en substrato de ancianos de la cuarta edad que a menudo necesita de los cuidados de otras personas. Así, el objetivo fue conocer los padrones de funcionamiento de las familias en el convívio y en los cuidados cotidianos a los ancianos de Florianópolis, SC. El estudio consiste de una investigación diagnóstico-evaluativa con el método de cuestionamiento entre ancianos de 80 años o más, dependientes de cuidados y sus familiares respectivos cuidadores, que fueron seleccionados entre los inscriptos en las unidades de Estrategia de Salud de la Familia para evaluar la dinámica familiar por el Family APGAR, la calidad de vida por el WHOQOL y el estilo de vida por la Escala de Nahas. En su mayoría, los ancianos evaluaron a su familia como de buena funcionalidad, pero ese dato debe ser visto con moderación, pues en la evaluación de la calidad de vida de ambos en cuanto al estilo de vida de los cuidadores, las respuestas se referían a nivel promedio, denotando cierta dificultad de enfrentamiento en familia con situaciones prologadas de cuidado a los ancianos de la cuarta edad.

Palabras clave: Anciano de 80 o más Años. Familia. Cuidadores. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
2. IBGE [Banco de dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2010 [Atualizada em 2011 Mar 04]. Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Censo Demográfico 2010 – Tabela 3107: População residente, por situação do domicílio, sexo e grupos de idade – Sinopse. [acesso em 2011 mar 12]. Disponível em: www.sidra.ibge.gov.br
3. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington, DC: BIRD/Banco Mundial; 2011.
4. Camarano AA, editor. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
5. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad saude publica*. 2004;20(6):1575-85.
6. Gonçalves LHT, Mendes AC, et al. Profile of the family caregiver for a frail elderly relative in the domestic environment at the five sociocultural contexts of Florianópolis/SC, Jequié/BA, Passo Fundo/RS, Rosário/AR and Porto/Pt. Program of the 18th Congress of the International Association of Gerontology. Rio de Janeiro: IAGG; 28-30 Jun 2005. p. 569.
7. Mayor MS, Ribeiro O, Paul C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. *Rev latino-am enfermagem*. 2009;17(5):620-24.
8. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Alínea; 2003.
9. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
10. Souza AS, Meira EC, Neri IG, Silva JÁ, Gonçalves LHT. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos Envelhecimento*. 2004;7(2):63-85.
11. Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):397-403.
12. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2001.

13. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner J, Farley T, Stewart L et al. Does the family APGAR effectively measure family functioning? *J fam pract.* 2001 Jan;50(1):19-25.
14. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev saude publica.* 2000;34(2):178-83.
15. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev saude publica.* 2003;34(6):793-9.
16. Nahas MV, Barros G, Francalacci L. Pentáculo do bem estar: base conceitual à avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Rev bras ativ fis saude.* 2000;5(2):48-59.
17. Marcon SS, Radovanovic CAT, Salci MA, Carreira L, Haddad ML, Faquinello P. Estratégias de cuidado a família que convive com a doença crônica em um de seus membros. *Cienc cuid saude.* 2009;8(supl):70-78.
18. Silveira CL, Budo MLD, Silva FM, Beuter M, Schimit MD. Rede Social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Cienc cuid saude.* 2009;8(4):667-74.
19. Crocker HS. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of literature. *J adv nurs.* 2002;40(6):626-40.
20. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of the elderly in the context of the Porto, Portugal. *Rev latino-am enfermagem.* 2011;19(3):458-66.

Endereço para correspondência: Lucia Hisako Takase Gonçalves. Rua Francisco Goulart, nº 96/906, CEP 88036-600, Florianópolis, Santa Catarina.

Data de recebimento: 06/10/2011

Data de aprovação: 20/12/2011